

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

202
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CHARLES JUGE

ancien Interne de l'Hospice de Brevannes
né le 4 mars 1893 à Limoges (Haute-Vienne)

**Des Indications
des Interventions chirurgicales
pendant la grossesse**

Président : M. A. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1925

98

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CHARLES JUGE

ancien Interne de l'Hospice de Brevannes
né le 4 mars 1893 à Limoges (Haute-Vienne)

**Des Indications
des Interventions chirurgicales
pendant la grossesse**

Président : M. A. BRINDEAU, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

15, Rue Racine, 15

1925

I. — PROFESSEURS



MM.

Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CONRO.
Physiologie.....	Ch. RICHET
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNCT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

A RAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 LAUBOUIN..... Pathologie médicale.
 B. NET..... Physiologie.
 ELAN-HETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie
 ERULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEERÉ..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER..... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT.... Bactériologie.
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGREGES RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUËROT..... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERRER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

AUVIAT Clinique chirurgicale.
CHEVAS U Clinique chirurgicale.
LAIGNE-VASTINE Clinique médicale.
LEREBOLLET. Clinique médicale infantile.
LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.

MM.

OMBREDANNE. Clinique chirurgicale infantile.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
TERRIEN..... Clinique ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
N	Stomatologie.
LEDUX-LEBARD	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MON FRERE

A MA MERE

A MA SOEUR

A MES ONCLES

MONSIEUR ADOLPHE ROUGIER

LE DOCTEUR LÉON CHARREYRON

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté.

Hommage de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux

*A qui je suis heureux de pouvoir
renouveler ici toute ma gratitude,
pour les marques de l'amitié si
bonne qu'il me prodigue et dont
je lui demeure infiniment recon-
naissant.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RENAUD

Médecin des Hôpitaux

*Dont la sympathie et la grande
bonté, sans cesse témoignées, me
sont si précieuses.*

*Puisse le souvenir des heures la-
borieuses passées ensemble être
pour lui le gage de la profonde et
respectueuse affection que je lui
conserverai toujours.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT (Charité).

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU (Pitié).

EXTERNAT :

M. LE PROFESSEUR GOSSET (Salpêtrière).

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet
(Laennec, Enfants-Malades).

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE (Bretonneau) *in
memoriam.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT (Charité).

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU (Tarnier).

INTERNAT DE BRÉVANNES:

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RENAUD.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR CHABROL

MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL

A MES MAITRES DE CONFERENCES ET AMIS

MONSIEUR LE DOCTEUR HUG

MONSIEUR LE DOCTEUR LANTUEJOUL

MONSIEUR LE DOCTEUR TURQUETY

INTRODUCTION

Dans une communication faite au Premier Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, à Bruxelles en septembre 1919, M. le Professeur Brindeau disait avoir eu l'occasion de pratiquer 29 laparotomies pour des complications chirurgicales de la grossesse, et donnait comme résultats de ces opérations toutes conservatrices pour l'utérus: une mort par péritonite, deux avortements.

C'est là l'origine de cette thèse proposée par notre maître, M. le Professeur Brindeau, qui a attiré notre attention sur l'intérêt qu'il y aurait à grouper dans une étude d'ensemble les opinions diverses des auteurs modernes qui ont pratiqué des interventions chirurgicales pendant la grossesse, et à préciser ensuite quelles sont actuellement les indications de ces interventions.

Mais les opérations que l'on pratique aujourd'hui sur les femmes enceintes sont multiples: il importe de limiter notre étude.

Nous n'étudierons que les interventions chirurgicales pratiquées uniquement sur la gestation en cours,

c'est-à-dire pendant cette période qui s'étend depuis la conception jusqu'à l'accouchement, laissant de côté toutes celles que l'on se trouve dans l'obligation d'entreprendre au début du travail et pendant les suites de couches. De plus nous ne nous occuperons pas des indications opératoires qui se posent à l'occasion d'une rupture utérine, d'une grossesse extra-utérine, d'un cancer du col ou d'une dystocie pelvienne ; enfin nous écartons tous les cas, où la vie du produit de conception n'entrant plus en ligne de compte, l'on sait à l'avance que seule une hystérectomie est possible.

En d'autres termes, il s'agit de savoir, en présence d'une affection bien définie, dans quelles conditions l'on peut oser une opération sans nuire à l'évolution de la grossesse. Tout traitement chirurgical doit avoir pour but, suivant l'expression de Reeb « de « sauver la mère et l'enfant, non seulement la vie « de la mère, mais si possible la fonction de gestation et de menstruation ».

Dans ce travail, nous avons exposé le résultat de nos recherches de la façon suivante :

Donnant tout d'abord un rapide aperçu des opinions des anciens auteurs sur ce sujet, nous avons consacré le second chapitre à la statistique de tous les cas opérés à la Clinique Tarnier depuis 1907.

Puis dans un troisième chapitre, nous nous sommes efforcés de rassembler, à propos des indications

de chaque intervention, les conclusions des différents travaux publiés à cet égard.

Enfin dans le quatrième chapitre, nous terminons par un essai d'étude de la question au point de vue de ses applications pratiques.

Indiquant scrupuleusement nos auteurs et nos sources d'information, notre prétention n'est pas de produire une œuvre nouvelle, puisqu'en définitive nous nous sommes bornés à exposer les idées, critiques et résultats que l'expérience personnelle des chirurgiens et accoucheurs modernes a pu leur suggérer et nous fournir.

Bien souvent, au cours de ce travail conçu dans son service, l'enseignement de notre maître, M. le Professeur Brindeau nous était présent à l'esprit: c'est pour nous l'occasion d'une joie bien sincère qu'il nous soit, en terminant, permis de lui témoigner ici l'affection que nous lui portons, et aussi toute notre gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner et qui ont si grandement facilité notre tâche.

CHAPITRE I

Historique

Pendant longtemps, les anciens auteurs se sont abstenus de toute intervention chirurgicale sur la femme enceinte.

Dans un mémoire, en 1864, sur la grossesse considérée comme contre-indication des grandes opérations, Valette estime que la grossesse est une contre-indication absolue des opérations que l'on peut sans inconvénient remettre à une autre date. Toutefois il reconnaît que si l'avortement succède à des plaies opératoires légères, parfois par contre la femme enceinte supporte très bien de grands traumatismes, pourvu que ceux-ci ne lèsent pas la sphère génitale.

Cette opinion est celle de la majorité des chirurgiens de l'époque. Pour la comprendre, il n'est pas sans intérêt de dire quelques mots du gravidisme tel qu'on le concevait alors.

Verneuil, dans son rapport au Congrès de Genève, en 1877, écrit à ce sujet: « S'il est impossible d'en

faire un état morbide proprement dit, il faut au moins le considérer comme un état constitutionnel, une phase de la vie exceptionnelle et temporaire comme la puberté, la ménopause pendant laquelle fluides et solides organiques acquièrent des caractères et des propriétés d'un ordre spécial.

Localisé à son début, le processus gravidique s'étend bientôt à l'économie toute entière, modifiant le système vasculaire et la circulation, les sécrétions et leurs agents, la composition du sang et la nutrition; fréquemment aussi portant le désordre dans le domaine du grand sympathique.

Tant que dure la gestation, il y a lieu d'admettre chez la femme enceinte une disposition pathogénique distincte, une diathèse véritable qui, à la façon de toutes les autres peut, à la vérité, rester latente, inactive, stérile, mais qui souvent aussi, sous l'influence de causes déterminantes ou provocatrices variées, se démontrera par un ensemble de réactions morbides en quelque sorte spécifiques ».

Puis Verneuil discute l'influence nocive du gravidisme sur la marche des lésions chirurgicales et ajoute: « Si la grossesse, dans la majorité des cas, ne trouble l'économie que temporairement et superficiellement, on ne peut lui contester le triste privilège d'être une cause pathogénique puissante, de créer de toutes pièces des états morbides locaux ou généraux, en d'autres termes de rendre malades un cer-

tain nombre de femmes préalablement bien portantes.

« Chez celle-ci, le foie devient gras, chez celle-là, les reins s'altèrent; chez d'autres la circulation, la respiration, la digestion se détériorent. La composition du sang change par diminution des hématies ou par surcharge des globules blancs. Or chez un sujet quelconque, la stéatose viscérale, l'albuminurie, les congestions vasculaires, le trouble de la circulation centrale, l'hématose défectueuse, l'aglobulie et la leucocytose entravent le travail réparateur. »

Ainsi, pour la majorité des anciens auteurs, la femme enceinte se trouvait dans un état particulier qui sans être la maladie n'était pas davantage l'état normal; la gestation lui créait pour un temps une physio-pathologie spéciale, si bien que lorsque survenait l'acte opératoire, le processus de guérison se trouvait entravé et dans certains cas impossible du fait même des complications: hémorragie, infection, qui allaient fatalement se produire.

La présence habituelle de l'albumine dans les urines, le grand développement du système veineux, expliquaient la fréquence de l'hémorragie, d'autant plus grave que plus abondante: tandis qu'un écoulement sanguin modéré se bornait à être la cause d'une anémie plus ou moins considérable entravant la réparation organique sans nuire à la gestation, une hémorragie abondante entraînait toujours des contractions utérines, décollait le placenta, rendant par

l'un ou l'autre de ces mécanismes l'avortement inévitable.

« La perte pure et simple de ce fluide précieux, écrit Verneuil, suffit à rendre la mort du germe fatale. Les hémorragies, alors même qu'elles ne font qu'anémier la mère tuent très souvent l'enfant, surtout si elles partent de la zone génitale ou de la région sous-ombilicale. Sans spoliation même, les simples troubles mécaniques de la circulation utéro-placentaire peuvent avoir le même effet.

« Mais les altérations chimiques du sang paraissent plus pernicieuses encore. La seule accumulation de l'acide carbonique est funeste à l'enfant car l'avortement survient aisément dans les affections qui s'accompagnent d'un trouble de l'hématose. »

Enfin il semble à la lecture des auteurs anciens que l'infection était inévitable lorsque le malade triomphait des l'hémorragie. Partant de cette hypothèse que les plaies opératoires étaient la source de toxines qui se déversaient dans le sang, toute intervention opératoire devenait l'origine d'une véritable intoxication hématiche et c'est ainsi que se développaient des septicémies ou pyohémies, des phlegmasies redoutables : érysipèle, lymphangite, phlébite, phlegmon diffus, phlegmon gangréneux, absolument incompatibles avec la continuation de la grossesse.

En outre, tous les auteurs insistaient sur ce fait que ces complications survenaient avec d'autant plus

de facilité, que l'intervention portait non seulement sur la sphère génitale mais aussi sur certaines régions telles que la face antérieure du cou, les seins et toute la partie sous-ombilicale du corps, parce qu'à ce niveau l'état anatomique des tissus et organes pendant la grossesse, différait sensiblement de la normale.

D'après toutes ces idées régnantes, il est facile de concevoir l'inquiétude extrême que devait éprouver le chirurgien quand il lui fallait opérer une femme enceinte en songeant que son intervention allait presque fatalement se heurter à toutes ces difficultés et provoquer peut-être non seulement la mort de la mère, mais aussi celle de l'enfant. Et l'on comprend sans peine pourquoi l'abstention de toute opération pendant la grossesse était une règle absolue, chaque fois qu'il était possible.

Cependant les bons résultats de certaines interventions, faites d'urgence ou tentées parce que l'affection en cause menaçait de devenir grave, sont publiés. Il se propage que la femme enceinte supporte bien l'anesthésie et que les plaies opératoires faites en dehors de la zone génitale n'ont pas chez elle une gravité beaucoup plus grande que chez la femme en état de vacuité. Toutefois l'on demeure d'accord pour déclarer toute intervention sur la sphère génitale très dangereuse.

En résumé, il résulte de toutes ces discussions qu'avant 1900 l'on considérait la femme enceinte comme étant dans un état de moindre résistance et chez laquelle il ne fallait entreprendre une intervention que lorsqu'il était impossible d'agir autrement.

Cet état d'esprit s'est bien modifié aujourd'hui. Les recherches sur la nutrition au cours de la grossesse ont montré que la gestation n'est pas une époque de sacrifice, mais plutôt de gain pour la femme dont l'organisme s'adapte à des besoins nouveaux et M. le Professeur Bar conclut: « La grossesse réalise ainsi un cas typique de symbiose harmonique homogène ».

De plus, les progrès constants de la technique opératoire, les perfectionnements sans cesse accrus de l'outillage chirurgical, ont permis d'étendre le nombre des interventions conservatrices en gynécologie, si bien qu'actuellement les cas ne se comptent plus dans lesquels on a pu aborder la zone génitale sans provoquer une interruption de la grossesse.

Enfin grâce à l'application stricte de l'asepsie pastoriennne, il n'est plus question de suppuration, d'erysipèle, de lymphangite, d'hémorragie que redoutaient tant les anciens auteurs.

Aussi peut-on conclure avec MM. Demelin et Devraigne: « La question longtemps discutée, surtout avant l'ère antiseptique, où les femmes enceintes mouraient ou accouchaient avant terme du fait de

l'infection, est maintenant définitivement jugée ».

Et c'est aussi l'avis de M. le Professeur Brindeau, que les indications des interventions chirurgicales ne doivent pas être influencées par le fait que la femme est enceinte, car la gravité n'en est nullement accrue.

CHAPITRE II

Statistique de la Clinique Tarnier

Toutes les interventions chirurgicales au cours de la grossesse, pratiquées à la Clinique Tarnier, de 1907 à 1924, sont rassemblées dans ce chapitre.

Collationnant, au début de nos recherches les observations semblables parues dans les Revues d'Obstétrique depuis 1920, nous nous sommes bien vite rendus compte que tous ces faits, ramassés ça et là dans le but d'enrichir notre statistique, avaient le grave inconvénient de la fausser.

En effet, tandis que l'on publie presque uniquement les revers obtenus en ce qui concerne les kystes de l'ovaire et que l'on passe sous silence les cas heureux tellement il est admis que tout kyste de l'ovaire au début de la grossesse doit être extirpé, c'est l'inverse qui se produit lorsqu'il s'agit de myomectomies: ici l'on ne déclare plus que les succès, rarement les revers et l'on en arrive à cette conclusion paradoxale que les myomectomies donnent de bien meilleurs résul-

tots que les orariotomies, ce qui est évidemment faux.

C'est la raison pour laquelle nous ne donnons que la statistique de la Clinique Tarnier, faite de la somme totale des cas observés.

Cette statistique, qui comprend évidemment les faits heureux et malheureux, se compose de deux parties. La première globale, générale, montre le rapport numérique exact entre les guérisons, les avortements et les décès. Mais insuffisante pour la pratique, qui ne peut conclure d'un kyste de l'ovaire à l'ablation d'un fibrome, d'une appendicite à une simple laparatomie elle est suivie de statistiques partielles dont les résultats rassemblés d'abord dans un tableau d'ensemble sont exposés avec plus de détail en une série de tableaux distincts, où nous nous sommes efforcés de préciser, à propos de chaque affection, l'indication opératoire, l'époque de la grossesse où l'on est intervenu, l'âge de la malade, les suites opératoires, tant pour la mère que pour l'enfant.

A chaque tableau fait suite le résumé des observations qui le composent mais seulement de celles dont il nous a été possible de retrouver à la fois la date exacte de l'intervention et celle de l'accouchement.

I. — STATISTIQUE GÉNÉRALE

Sur 92 interventions, nous avons relevé :

36 guérisons opératoires avec accouchement à terme;

43 guérisons opératoires avec continuation de la grossesse sans renseignements sur l'accouchement;

10 avortements;

3 morts.

Soit une mortalité : maternelle de 3,2 %;

fœtale de 10,9 %.

II. — STATISTIQUES PARTIELLES

	Continuation- de la grossesse	Accouche- ments à terme	Avorte- ments	Décès
Opérations diverses (15)	4	11		
Appendicite (14)	7	6	1	
Kyste de l'ovaire (37)	22	10	4	1
Fibrome (17)	7	6	2	2
Salpingite (9)	3	3	3	

TABLEAU A

Opérations diverses au cours de la gestation

Date de l'intervention	Age	Mois	Nature des Lésions	Résultats
nov. 1920	34	2 $\frac{1}{2}$	Ectopie du rein droit	Accouch. à terme
mars 1923	42	3	Hernie inguin. étrangl.	Accouch. à terme
mai 1923.	26	"	Hernie inguinale	Cont. de la gross.
mai 1924	19	2	Hernie inguinale	Accouch. à terme
mai 1923	35	3	Péritonite aiguë	Accouch. à terme
août 1920		2	Rétroversion de l'utérus	Accouch. à terme

Date de l'intervention	Age	Mois	Nature des Lésions	Résultats
mars 1924	34		Rétroversion de l'utérus	Accouch. à terme
févr. 1925	20	1 $\frac{1}{2}$	Rétrov. Flexion adhé.	Cont. de la gross.
avril 1922	30	5	Adhérences péri-utérines	Accouch. à terme
juill. 1922	26	?	Adhérences péri-utérines	Accouch. à terme
avril 1923	23	2 $\frac{1}{2}$	Adhérences péri-utérines	Cont. de la gross.
avril 1924	33	3 $\frac{1}{2}$	Adhérences péri-utérines	Acc. à 8 mois
mai 1924	24	3	Adhér. Appendicectomie.	Cont. de la gross.
juill. 1924	22	4	Adhérences péri-utérines	Accouch. à terme
févr. 1923	38	3	Petits fibromes corne utérine droite	Accouch. à terme

OBSERVATION 1. — *Laparatomie exploratrice chez femme enceinte de 2 mois 1/2. — Accouchement à terme: Opération Césarienne pour tumeur pelvienne (Ectopie du rein droit).*

Mme H..., 34 ans. III pare.

A.P. — Régulée à 15 ans.

2 enfants: 1. présentation de l'épaule. Version podalique. Extraction d'un enfant mort.

1. présentation de l'épaule. Version podalique. Enfant vivant.

Dernières règles: 5 au 10 août.

H. M. — En novembre 1920, hospitalisée pour Rétention d'urine.

Opération le 8 novembre 1920 à Necker. — Laparatomie exploratrice.

Le 2 mai 1921, entre à la Clinique Tarnier. On constate un utérus développé transversalement, une présentation transversale. On trouve dans l'excavation et à gauche une masse dure du volume d'une orange. L'on pense à un fibrome.

20 mai 1921. — Opération Césarienne pour tumeur pel-

vienne. Extraction d'un enfant vivant pesant 3 kg 500. La Césarienne terminée, on s'aperçoit que la tumeur pelvienne est constituée par un rein.

OBSERVATION 2. — *Hernie inguinale étranglée chez femme enceinte de 4 mois.*

Louise H..., 42 ans, IV pare.

Opération le 22 mars 1923. Ether — M. Brindeau.

Incision classique. L'épiploon étranglé et en voie de sphacèle constitue la contenu de la tumeur. Cure radicale.

Accouchement naturel à terme, le 19 août 1923, d'un garçon vivant pesant 3 kg 400.

OBSERVATION 3. — *Hernie inguinale droite chez femme enceinte de 2 mois.*

Céline L..., 19 ans, I pare.

Opération le 15 mai 1924 — Chloro — M. Brindeau.

Incision classique. — Cure radicale.

Accouchement naturel à terme, le 16 novembre 1924.

OBSERVATION 4. — *Rétroversion de l'utérus gravide au 3^e mois de la grossesse.*

Mme J..., III pare.

Dernières règles: 22 au 28 juillet 1920.

Laparatomie en octobre 1920.

Le 2 mai 1921: accouchement naturel à terme d'une fille vivante bien portante.

OBSERVATION 5. — *Rétroversion de l'utérus gravide chez femme enceinte de 1 mois 1/2.*

Marie J..., 34 ans, VII pare.

Dernières règles: 13 au 14 janvier 1924.

Laparatomie le 14 mrs 1924. Hystéropexie.

21 octobre 1924: accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3 kg. 720.

OBSERVATION 6. — *Laparatomie exploratrice chez une femme enceinte de 5 mois*.

Mathilde G..., 30 ans, I pare.

Dernières règles: 20 novembre.

Opération en avril 1922. Adhérences.

18 juillet 1922: accouchement d'une fille morte pesant 2 kg. 420.

OBSERVATION 7. — *Laparatomie exploratrice au début de la grossesse*.

Berthe S..., 26 ans, III pare.

Opération en juillet. Adhérences.

5 février 1923: accouchement d'une fille vivante pesant 3 kg. 320.

OBSERVATION 8. — *Adhérences péri-utérines chez femme enceinte de 3 mois 1/2. — Laparatomie. — Accouchement naturel à 8 mois*.

Marie B..., 33 ans, II pare.

Réglée à 13 ans. 1 enfant mort de broncho-pneumonie.

Dernières règles: 15 au 18 décembre 1923.

Diagnostic clinique: Salpingite compliquant la grossesse.

Opération le 10 avril 1924. Chloro. — M. Brindeau.

Incision sous-ombilicale. Du côté gauche, adhérences riabiles. A droite, les annexes sont complètement adhérentes au fond du Douglas; les adhérences sont friables; on se contente de les libérer. Appendicectomie.

Suites opératoires sans incidents.

19 août 1924: accouchement naturel à 8 mois d'un garçon pesant 2 kg. 640.

OBSERVATION 9. — *Laparatomie exploratrice chez femme enceinte de 4 mois, ayant subi antérieurement l'ablation des annexes droites et une péxie. — Accouchement naturel à terme.*

Ismerie F..., 22 ans, II pare.

Laparatomie le 10 juillet 1924. Ether. — M. Brindeau.

Incision sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen, on aperçoit l'utérus libre; mais en regardant de plus près, on voit l'épiploon qui est fixé un peu en avant de l'insertion du ligament rond à l'aide d'un crin de Florence. Libération d'adhérences du côté utérin et ablation de l'extrémité de l'épiploon.

Suites opératoires sans incidents.

1^{er} janvier 1925: accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 4 kg. 090.

OBSERVATION 10. — *Laparatomie exploratrice chez femme enceinte de 3 mois. — Accouchement naturel à terme.*

Louise N..., 38 ans, II pare.

Diagnostic clinique: Fibrome et grossesse.

Laparatomie le 8 février 1923. Chloro. — M. Brindeau.

Incision sous-ombilicale. En palpant entre les mains l'utérus, on ne sent pas de masse fibromateuse; mais au niveau du fond près de la corne droite, on trouve une plaque de blindage au niveau de laquelle on aperçoit quelques petits fibromes; pendant la contraction, cette plaque devient plus dure et plus saillante.

Suites opératoires sans incidents.

17 août 1923: Accouchement naturel à terme.

TABLEAU B

Appendicites opérées au cours de la gestation

Date de l'intervention	Age	Mois	Forme de l'appendicite	Résultats
juill. 1917		5	Chronique	Cont. de la gross.
janv. 1920		4	Chronique	Cont. de la gross.
1920		1½	Chronique	Cont. de la gross.
mars 1921			Chronique	Acc. à terme
sept. 1921	24	1½	Chronique	Acc. à terme
			Ligamentopexie	
1921	24	3	Chronique	Avortement
juill. 1921	24	5	Chronique	Cont. de la gross.
fév. 1922		4	Chronique	Acc. à terme
avr. 1922	26	3	Chronique	Acc. à terme
janv. 1923	23	4	Chronique	Acc. à terme
fév. 1923		2½	Chronique	Cont. de la gross.
juill. 1923	31	4	Chronique	Cont. de la gross.
sept. 1923	23	4	Chronique	Acc. nat. à terme
juill. 1924	30	5	Aiguë	Cont. de la gross.

OBSERVATION 11. — *Appendicite chez femme enceinte de 2 mois.*

Mme G..., 24 ans, II pare.

Appendicite en décembre 1920.

Avortement au début d'avril 1921.

OBSERVATION 12. — *Appendicite chez femme enceinte de 1 mois 1/2.*

X...,

Appendicectomie et Ligamentopexie en septembre 1921.

7 mai 1922: accouchement à terme le 7 mai 1922 d'un garçon vivant pesant 3 kg. 600.

OBSERVATION 13. — *Appendicite chez femme enceinte de 7 mois.*

Marguerite F..., I pare.

Appendicectomie en mars 1921.

Accouchement naturel à terme le 24 mai 1921.

OBSERVATION 14. — *Appendicite chez femme enceinte de 4 mois.*

Marguerite Le P..., 28 ans, III pare.

Appendicectomie à l'Hôpital de la Charité en février 1922.

27 juillet 1922: accouchement naturel à terme d'un garçon pesant 4 kg. 150.

OBSERVATION 15. — *Appendicite chez femme enceinte de 3 mois..*

Cécile C..., 26 ans, III pare.

Appendicectomie en avril 1922.

28 novembre 1922: accouchement naturel à terme d'une fille vivante.

OBSERVATION 16. — *Appendicite chez femme enceinte de 4 mois 1/2.*

Henriette B..., 22 ans, I pare.

Appendicectomie le 24 septembre 1923. Ether. — M. Brindeau.

Incision au bord externe du grand droit. Examen des annexes qui sont saines. L'appendice est situé à la face postérieure du cæcum.

15 janvier 1924: accouchement naturel à terme d'une fille vivante.

OBSERVATION 17. — *Appendicite au 4^e mois de la grossesse.*

Gabrielle G..., 23 ans, II pare.

Dernières règles: 5 au 10 avril 1922.

Appendicectomie en août 1922.

23 janvier 1923: accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 2 kg. 500.

TABLEAU C

Kystes de l'ovaire opérés au cours de la gestation.

Date de l'intervention	Age	Mois	Cause de l'intervention	Résultats
ann. 1907		1	Opér. préventive	Acc. à terme
mai 1911		1	Opér. préventive	Cont. de la gross.
sept. 1911		3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
oct. 1912			Opér. préventive	Cont. de la gross.
avr. 1915		3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
fév. 1917			Opér. préventive	Cont. de la gross.
1917	26		Opér. p. torsion	Cont. de la gross.
1917		2 ½	Opér. préventive (kyste des 2 ov.)	Cont. de la gross.
avr. 1918	31	2	Opér. préventive	Cont. de la gross.
juin 1918		3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
août 1918		2	Opér. préventive	Cont. de la gross.
mai 1919		3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
juin 1919	30	4	Opér. préventive	Acc. à terme
juill. 1919	22	2 ½	Opér. préventive	Cont. de la gross.
1919	20	3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
1919		3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
nov. 1919		8	Opér. p. torsion	Cont. de la gross.
janv. 1919	25	5 ½	Op. p. brusque augm. de volume	Avort. le 11 janv. Guérison
mai 1920		7	Opér. p. torsion	Acc. à terme
déc. 1920	25	2 ½	Opér. préventive	Avort. Guérison
1920		2	Opér. préventive	Cont. de la gross.
mai 1921		3 ½	Opér. préventive	Acc. à terme
juin 1921		3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
1921	28	3	Opér. préventive	Cont. de la gross.
juin 1921		2	Opér. préventive	Acc. à terme
déc. 1921		2 ½	Opér. préventive	Acc. à terme
août 1922			Op. p. kyste de l'ov. chez femme att. de vomissem. graves	Mort de la mère le 8 août
déc. 1922		4	Opér. préventive	Acc. à terme
oct. 1922	19	2	Opér. préventive	Acc. à terme
mars 1923	32	2	Opér. préventive	Cont. de la gross.
sept. 1923	23	3 ½	Opér. préventive	Acc. à terme
sept. 1923	39	1 ½	Opér. préventive	Avortement
mars 1924	27	7	Op. p. volum. k.-o.	Cont. de la gross.
juill. 1924	32	4	Opér. préventive	Acc. à terme
juill. 1924	25	2	Opér. préventive	Cont. de la gross.
déc. 1924	22	3		Avortement
févr. 1925	30	2	Opér. préventive	Cont. de la gross.
fév. 1925	24	3	Opér. préventive.	Cont. de la gross.

OBSERVATION 18. — *Kyste para-ovarien gauche chez femme enceinte d'un mois.*

Marie B...

Opération le 29 novembre 1907. Chloro. — M. Bar.

Laparatomie sous-ombilicale. Kyste para-ovarien à large pédicule inséré à gauche, on lie à la soie n° 3 le court pédicule qui le réunissait à l'ovaire. Section de pédicule. La surface de section est cautérisée au thermo-cautère, et l'annexe gauche remise en place.

Suites opératoires normales.

29 juillet 1908: accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 4 kg.

OBSERVATION 19. — *Kyste de l'ovaire chez femme enceinte de 4 mois 1/2.*

Mme D..., 30 ans. I pare.

Laparatomie le 11 juin 1919. Ether. — M. Brindeau.

Incision sus et sous-ombilicale. Volumineux kyste de l'ovaire droit repoussant dans la fosse iliaque gauche l'utérus qui paraît aplati. Ponction au gros trocart qui ramène environ 6 litres. La poche à peu près vidée, on l'extériorise. Section du pédicule.

Suites opératoires sans incidents.

Octobre 1919: accouchement à terme d'un enfant bien portant.

OBSERVATION 20. — *Kyste de l'ovaire énorme chez femme enceinte de 5 mois 1/2.*

Lydie P..., 25 ans, I pare.

A.P. — Néant.

Laparatomie le 10 janvier 1919. Chloro. — M. Bar.

Incision sus et sous-ombilicale. Kyste volumineux apla-

tissant l'utérus dans la cavité pelvienne. Kyste sans adhérences à très large pédicule. Ponction, puis extraction sans difficulté.

3 lavements laudanisés après l'intervention.

11 janvier: Expulsion d'un fœtus de 740 gr.

Suites opératoires normales. Sort en bon état le 22 janvier.

OBSERVATION 21. — *Torsion d'un kyste de l'ovaire chez femme enceinte de 7 mois.*

Mme R...

Opération le 15 mai 1920. Chloro. — M. Brindeau.

Laparatomie sus et sous-ombilicale — Kyste de l'ovaire volumineux réuni à la paroi antérieure de l'abdomen par des adhérences friables. Ponction du kyste: il s'écoule un liquide filant noirâtre, indiquant qu'il s'était produit une hémorragie dans l'intérieur du kyste. Quand le liquide ne s'écoule plus, on plonge la main dans l'abdomen et l'on s'aperçoit que la poche kystique remonte très haut. On agrandit l'incision et on retire le kyste sans le rompre. Ligature simple du pédicule, tordu à 180° dans le sens des aiguilles d'une montre.

Suites opératoires sans incidents.

Accouchement naturel à terme fait en ville au début de septembre.

OBSERVATION 22. — *Kyste de l'ovaire droit chez femme enceinte de 2 mois 1/2.*

Mme C..., 25 ans, I pare.

A.P. — Aucune maladie antérieure.

Laparatomie en décembre 1920. Ether.

Incision sous-ombilicale. Kyste de l'ovaire droit à pédicule large et long. Ablation facile.

Suites opératoires normales.

18 janvier 1921: avortement. Sort en bon état le 28 janvier 1921.

OBSERVATION 23. — *Kyste de l'ovaire chez femme enceinte de 2 mois.*

Joséphine B...

Laparatomie le 30 juin 1921.

Incision sous-ombilicale. Ablation du kyste.

Suites opératoires normales.

17 février 1922: accouchement à terme d'un garçon vivant pesant 3 kg 600.

OBSERVATION 24. — *Kyste de l'ovaire gauche chez femme enceinte de 2 mois 1/2.*

Alice D..., 24 ans, II pare.

Laparatomie le 15 décembre 1921. Ether. — M. Brindeau.

Incision sous-ombilicale. Ovaire gauche très volumineux (petit œuf de poule), polykystique, contient deux hydatides pédiculées de Morgagni. Ablation des annexes du côté gauche.

Suites opératoires sans incidents.

24 juillet 1922: accouchement naturel à terme d'une fille vivante pesant 3 kg. 200.

OBSERVATION 25. — *Kyste de l'ovaire droit chez une femme enceinte et hospitalisée à Tarnier pour vomissements graves.* — Appendicectomie.

Marguerite D...

Laparatomie le 4 août 1922. Ether. — M. Metzger.

Incision sous-ombilicale. Kyste gros comme une tête de

fœtus, situé dans le Douglas. Enucléation facile du kyste. Utérus est très peu mobilisé. Appendicectomie.

8 août 1922. Décès.

OBSERVATION 26. — *Kyste de l'ovaire chez femme enceinte de 2 mois.*

Eugénie G..., 19 ans.

Laparatomie le 18 octobre 1922.

Incision sous-ombilicale. Ablation du kyste.

26 mai 1923: accouchement naturel à terme d'un enfant de 3 kg 760.

OBSERVATION 27. — *Volumineux kyste de l'ovaire droit chez femme enceinte de 5 mois.*

Marie P..., 25 ans. II pare.

Réglée à 16 ans. 1 enfant bien portant.

Examen du ventre. Masse très volumineuse, molle, occupant tout l'abdomen et donnant la sensation de flot. On pense à une ascite.

Laparatomie le 11 décembre 1922. Ether. — M. Brindeau.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Volumineux kyste de l'ovaire droit envahissant toute la cavité péritonéale, s'insinuant au niveau de la base du thorax. Liquide sanguinolent, environ 10 litres. Le pédicule est large comme quatre doigts environ, aplati, tordu dans le sens des aiguilles d'une montre. Ablation.

Suites opératoires normales. Pas d'éventration.

26 avril 1913: accouchement naturel à terme d'un enfant de 3 kg 440.

OBSERVATION 28. — *Kyste dermoïde de l'ovaire gauche chez une femme enceinte de 6 semaines.*

Marguerite M..., 36 ans.

Réglée à 16 ans. 3 enfants bien portants.

Opération le 15 septembre 1923. Ether.

Laparatomie sous-ombilicale. Le kyste apparaît derrière l'utérus. Il est très dur, de consistance irrégulière, du volume d'une mandarine. Il est surtout très adhérent: adhérences qui le fixent à la face postérieure de l'utérus, au Douglas, au rectum et principalement à la trompe droite. Ablation du kyste.

Suites opératoires normales.

Avortement le 10 octobre 1923. On pratique un curetage qui ramène quelques débris placentaires.

Quitte la clinique le 19 octobre 1923.

OBSERVATION 29. — *Kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une femme enceinte de 3 mois 1/2.*

Marcelle M..., 23 ans. I pare.

Laparatomie le 8 septembre 1923. Ether. — M. Brindeau.

Kyste situé en arrière de l'utérus; volume d'un rein. Ablation facile.

Suites opératoires sans incidents.

16 février 1924: accouchement à terme d'un enfant vivant pesant 3 kg.

OBSERVATION 30. — *Kyste de l'ovaire gauche chez femme enceinte de 4 mois et ayant subi antérieurement une césarienne pour kyste de l'ovaire droit prævia.*

Juliette C..., 32 ans, II pare.

Opération le 7 juillet 1924. Ether. — M. Vaudescal.

Incision sus et sous-ombilicale. Pas d'adhérences à la paroi. A la face postérieure de l'utérus, quelques adh-

rences que l'on est obligé de résequer entre deux pinces pour pouvoir dégager le kyste que l'on sent gros comme le poing et enclavé dans le petit bassin. En refoulant un peu l'utérus à droite, on ramène facilement le kyste du côté gauche. Ligature du pédicule. Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires normales.

Accouchement artificiel à terme, le 2 janvier 1925, d'une fille vivante pesant 4.110 gr.

OBSERVATION 31. — *Kyste dermoïde de l'ovaire chez femme enceinte de 3 mois.*

M..., 22 ans, III pare.

Diagnostic clinique: Grossesse extra utérine.

Laparatomie le 24 décembre 1924. Ether. — M. Vaudescal.

Kyste gros comme un œuf de poule, logé dans le Douglas.

14 janvier 1925: pose de laminaires. Curage digital et curettage ramenant un fœtus de 3 mois 1/2.

TABLEAU D
Myomes opérés au cours de la gestation

Date de l'intervention	Age	Mois	Cause de l'intervention	Résultats
fév. 1908			Opér. p. torsion du pédicule	Avortement. Guéris. de la mère
nov. 1911			Nécrobiose	Contin. de la gross.
janv. 1912		4	Nécrobiose	Contin. de la gross.
août 1912		5	Nécrobiose	Contin. de la gross.
oct. 1913		2	Nécrobiose	Contin. de la gross.
déc. 1918		2	Gros fibrome pédiculé du fond de l'utérus	Contin. de la gross.
août 1918	36	5	Fibrome douloureux	Avort. Guérison
déc. 1913	36	5	Nécrobiose	Accouch. à terme

Date de l'intervention	Age	Mois	Cause de l'intervention	Résultats
juill. 1921	33	4	Nécrobiose	Contin. de la gross.
oct. 1921	34	3	Fibrome pédiculé du Segment inférieur.	Mort de la mère
déc. 1921	37	5	Torsion du pédicule	Accouch. à terme
juin 1922	29	6	Nécrobiose	Mort. Congest. pulm.
nov. 1922	4		Nécrobiose	Contin. de la gross.
1922	32	6	Fibrome enclavé.	Acc. à terme
avr. 1923	40	4 $\frac{3}{4}$	Fibrome praevia	Accouch. à terme
oct. 1923	4		Nécrobiose	Accouch. à terme
avr. 1924	31		Torsion du pédicule	Accouch. à terme

OBSERVATION 32. — *Fibrome pédiculé tordu au cours de la grossesse.*

Mme F...

A. P. — Aucune maladie antérieure.

Laparatomie le 5 février 1908. Chloro. — M. Brindeau.

Incision sous-ombilicale. On extériorise très facilement la tumeur qui a le volume d'une grosse mandarine. La tumeur présente un pédicule gros comme un porte-plume et fixé sur l'angle droit de l'utérus. L'autre pôle de la tumeur est coiffé de l'épiploon très adhérent et très vasculaire. Ablation facile du fibrome.

Avortement.

OBSERVATION 33. — *Fibrome douloureux chez femme enceinte.*

Louise B..., 36 ans, II pare.

Laparatomie le 28 août 1918. Ether. — M. Brindeau.

Incision du péritoine sur toute la longueur de la tumeur qui apparaît grosse comme un œuf de poule. Décollement du fibrome et énucléation extrêmement simple.

Morphine après l'intervention: 2 centigrammes.

29 août 1918: Expulsion d'un fœtus de 480 gr.

OBSERVATION 34. — *Myomectomie pendant la grossesse. Accouchement à terme par Césarienne.*

Blanche B..., 36 ans, I pare.

Laparatomie pratiquée en ville.

5 décembre 1918. — M. Brindeau.

Incision parallèle à l'ancienne cicatrice. Ouverture de l'utérus; il s'écoule un liquide teinté. Extraction facile d'un garçon pesant 3 kg. 420. Ablation d'un petit fibrome du volume d'une noix.

OBSERVATION 35. — *Fibrome pédiculé au cours d'une grossesse de 3 mois.*

Marie B..., 34 ans, I pare.

A. P. — Aucune maladie antérieure.

Laparatomie le 10 octobre 1921. Chloro. — M. Lequeux.

Incision sous-ombilicale. Le fibrome gros comme une orange, largement sessile, est implanté sur la portion isthmique de l'utérus.

Dans ces conditions, on renonce à l'extirper.

Morphine: un centigramme.

14 octobre 1921: Décès.

OBSERVATION 36. — *Myomectomie chez femme enceinte de 5 mois, pour fibrome tordu.*

Henriette L..., 37 ans, II pare.

Laparatomie le 6 décembre 1921. — M. Brindeau.

Incision sus et sous-ombilicale. Le fibrome tordu est inséré au niveau de la corne. Il est du volume d'une orange, très dur, en voie de sphacèle. Le pédicule est de la largeur d'une pièce de 2 francs. Incision circulaire sur le pédicule en ayant soin de prendre une collerette

sur la tumeur elle-même. Décollement de cette collette. Ablation du fibrome. Hémorragie nulle.

4 mai 1922: accouchement naturel à terme.

OBSERVATION 37. — *Myomectomie pour fibrome nécrobiosé chez femme enceinte de 4 mois. — Laparatomie. — Avortement. Mort de la malade.*

Jeanne C..., 29 ans, I pare.

Dernières règles du 15 au 21 février 1922.

A. P. — Aucune maladie antérieure.

H. M. — Entre à l'hôpital le 15 juin 1922, se plaignant de douleurs vives dans le bas-ventre.

Examen: Masse dure très mobile, située dans la fosse iliaque gauche.

Toucher- palper: Utérus gravide de 4 mois environ d'une hauteur de 11 cm. A gauche, masse dure, du volume d'une mandarine, irrégulière, n'adhérant nullement à l'utérus, qui est incliné à droite.

Laparatomie le 19 juin 1922. Ether. — M. Brindeau.

Incision sous-ombilicale. On extériorise le fibrome qui siège près du bord gauche, non loin de l'insertion du pédicule ovarien. On décortique la tumeur en la rasant de près, de façon à garder le plus possible de péritoine. La surface ouverte revient sur elle-même, large comme une pièce de 5 francs. Hémorragie en nappe. Suture en plusieurs plans. On arrête l'hémorragie. Fermeture en trois plans.

Suites opératoires:

20 juin: la femme est prise d'un violent point de côté à la base droite; quelques râles à ce niveau.

21 juin: avortement; le fœtus est expulsé et quelques heures après on extrait artificiellement le placenta.

22 juin: lavage d'estamoc qui extrait un liquide très brunâtre, non fétide. Congestion pulmonaire bilatérale. A droite zone de matité à la base, murmure vésiculaire aboli. A gauche, râles crépitants sans matité. T. 39,5. Puls 140.

23 juin: décès.

OBSERVATION 38. — *Myomectomie au 6^e mois de la grossesse.*

J... L..., 32 ans, I Ipore.

Laparotomie le 22 novembre 1922. Chloro. — M. Moure.

Incision médiane de 20 centimètres sus et sous-ombilicale. La tumeur est enclavée dans l'hypochondre droit. On branche alors une incision transversale en partant de l'ombilic. On voit un énorme fibrome, gros comme une tête d'adulte, inséré à la partie moyenne de la face latérale droite de l'utérus. La tumeur est extériorisée. Le diamètre du pédicule qui la rattache à l'utérus mesure environ 8 à 10 centimètres. On taille aux dépens du pédicule un double lambeau comprenant un demi-centimètre d'épaisseur, puis la partie centrale est sectionnée. Hémorragie assez forte. Hémostase au catgut 2. On rapproche les deux valves taillées dans le pédicule par des points en U, puis on recouvre la région par une greffe épiploïque libre, fixée par quelques point de catgut 0.

Suites opératoires sans incidents.

Accouchement à la clinique Tarnier le 4 mars 1923. application de forceps. Garçon vivant de 3 kg. 520. Cicatrice abdominale sans éventration.

OBSERVATION 39. — *Myomectomie chez femme enceinte de 3 mois.*

Emilie Van d..., 40 ans, I pare.

Dernières règles du 9 au 13 janvier 1923.

Laparatomie en avril 1923. — M. Soupault.

Accouchement à terme par forceps le 19 octobre 1923 à la cloinique Tarnier. Fille vivante pesant 2 kg 940.

OBSERVATION 40. — *Fibrome douloureux chez femme enceinte de 4 mois. — Accouchement à terme de deux enfants vivants bien portants.*

Mme Lhu...,

Laparatomie le 15 octobre 1923. Ether. — M. Brindeau.

Incision sous-ombilicale.

Extériorisation de l'utérus gravide. Fibrome sessile du volume d'une noix de coco, reposant sur l'utérus par une très grande surface. Les deux tumeurs font corps l'une avec l'autre.

Dissection de la tumeur au bistouri. La tumeur enlevée,, la surface atteint la largeur de la paume de la main. Hémorragie en nappe insignifiante.

Capitonnage de la plaie avec un surjet au catgut; on termine par un double plan séro-musculaire, séro-séreux.

Suite opératoires normales.

Examen de la pièce: Nécrose aseptique.

Accouchement le 4 mai 1924 de deux jumeaux: le premier par forceps, le deuxième par version (présentation de l'épaule).

OBSERVATION 41. — *Myomectomie chez femme enceinte de 2 mois.*

Marie D..., 31 ans, II pare.

Dernières règles du 7 au 15 février.

Laparatomie en avril 1924 aux Petits Ménages.

2 novembre 1924: accouchement naturel à terme, à la clinique Tarnier, d'une fille vivante pesant 3 kg 400

TABLEAU E
Salpingites opérées au cours de la gestation.

Date de l'intervention	Age	Mois	Nature des lésions	Résultats
avr. 1916			Salpingo-ovarite catarrhale droite	Contin. de la gross.
avr. 1920		3	Salpingo-ovarite droite	Contin. de la gross.
mai 1921	20	2	Ovarite scléro-kystique	Accouchement à terme
oct. 1922		3	Salpingite droite chron. et appendicectomie	Avortem.
1922	27		Salpingite chronique	Guér. de la mère
juill. 1923	23	2		Acc. prématuré à 8 mois
août 1923	30	1	Salpingite chronique	Acc. naturel à terme
déc. 1923	22	3 ½	Salpingite suppurée	Contin. de la gross.
				Avortem.
mars 1924	31	2	Salpingite suppurée	Guér. de la mère

OBSERVATION 42. — *Ovarite scléro-kystique chez femme enceinte de 2 mois.*

Marie-Louise G..., 20 ans, II pare.

Réglée à 15 ans. 1 enfant bien portant.

Entre le 4 mai 1921 à la clinique de la Pitié, dortoir des femmes enceintes pour douleurs dans le côté gauche de l'abdomen.

Dernières règles du 21 au 28 février 1921.

Toucher. On trouve un utérus augmenté de volume qui correspond à une grossesse de 2 mois environ et une masse située dans le cul-de-sac gauche, très douloureuse: annexite ou kyste de l'ovaire tordu.

Opération le 6 mai 1921. Ether. M. Brindeau. Laparatomie sous-ombilicale. L'ovaire gauche présente une tuméfaction rouge de la grosseur d'une amande, res-

semblant à un corps jaune. Résection de l'ovaire gauche.

Suites opératoires normales. Sort le 25 mai.

La grossesse suit son cours normal. Accouchement à terme le 12 novembre 1921 d'un enfant bien portant.

OBSERVATION 43. — *Salpingite chez femme enceinte de 3 mois.*

Marie W...,

Laparatomie le 5 octobre 1922. Ether. — M. Brindeau.

L'utérus est recouvert d'adhérences. Les annexes à gauche sont adhérentes à la face postérieure de l'utérus. On y voit deux petits kystes péritonéaux inflammatoires. Ces annexes libérées on les laisse en place.

A droite, les annexes descendent très bas dans le Douglas : elles sont très adhérentes surtout au niveau de l'ovaire; on parvient avec peine à les décoller. Ablation de ces annexes.

11 octobre: avortement suivi de curage. Guérison.

OBSERVATION 44. — *Salpingite opérée au cours d'une première grossesse par M. Brindeau. Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant vivant, mais succombant au bout de 8 jours.*

Marguerite V..., 27 ans, II pare.

Accouche d'un second enfant vivant et bien portant le 4 août 1922.

OBSERVATION 45. — *Salpingite suppurée chez femme enceinte de 3 mois 1/2.*

Mme L..., 22 ans, I pare.

A. P.: Aucune maladie antérieure.

Laparatomie le 8 décembre 1923. Ether. — M. Brindeau.

Incision sus et sous-ombilicale. Tout est masqué par le grand épiploon que l'on résèque. Au-dessous de l'épiploon se trouvent des anses grêles agglutinées: on les libère aux ciseaux. Pendant cette libération, il s'écoule du pus lié sans odeur. On draine la poche.

Avortement le soir même à 9 heures. La femme expulse un œuf contenant un embryon de 3 mois 1/2.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION 46. — *Salpingite suppurée chez femme enceinte de 2 mois.*

Mme C..., 31 ans, III pare.

Laparatomie le 8 mars 1924. Ether. — M. Brindeau

Incision sous-ombilicale. Tout autour de l'utérus, surtout à droite, existent des adhérences très adhérentes au Douglas. On arrive peu à peu à les décoller. Ablation des annexes malades.

Avortement de deux mois et demi le 24 mars 1924.

OBSERVATION 47. — *Salpingite chez femme enceinte de 2 mois.*

Andrée D..., 23 ans, I pare.

Dernières règles: 18 au 20 mai.

Laparatomie en ville en juillet 1923.

25 février 1924: accouchement naturel à terme à la clinique Tarnier d'une fille vivante pesant 3 kg 020.

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir; leur nombre est restreint. Mais Verneuil n'écrivait-il pas: « Cent faits représentant l'addition

de 10 ou 20 petites statistiques intégrales prouvent plus que 1.000 pris au hasard. Après les manœuvres viendra l'architecte qui mettra tout en son lieu et place ».

Du moins cette statistique autorise quelques remarques :

La faible mortalité maternelle (3,2 %) frappe tout d'abord. Et si l'on ne peut dire que les femmes enceintes supportent mieux que les autres les interventions chirurgicales, il est juste de dire qu'elles les supportent aussi bien.

Les trois décès sont survenus dans des conditions diverses : dans un cas il s'agit d'une femme anémiée avec vomissements graves, chez laquelle survient la brusque torsion d'un kyste de l'ovaire ;

Dans un autre cas, la mort est le fait d'une broncho-pneumonie apparue le 4^e jour ;

Enfin dans le dernier où l'opération se borne à une simple laparotomie, puisque l'on ne touche pas au fibrome inséré sur la portion isthmique de l'utérus, l'observation n'indique point la cause de la mort.

Si l'on passe ensuite à la mortalité fœtale, on voit que l'intervention a entraîné 10 fois l'avortement.

L'un d'entre eux comporte une mention spéciale (Obs. 31) ; la fausse-couche était imminente avant l'opération ; depuis quelques jours, la malade avait des douleurs expulsives et des pertes sanglantes si

abondantes, qu'à un premier examen l'on avait émis la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Une laparatomie révèle la présence d'un kyste de l'ovaire tordu que l'on enlève. Les contractions utérines s'arrêtent. Mais vers le 18^e jour, comme la malade avait encore des pertes rouges, que son col utérin restait effacé et que sa température oscillait aux environs de 38, l'on décide l'avortement thérapeutique. Cette malade se trouve actuellement en parfait état.

Restent donc 9 avortements, qui se sont produits :

5 le lendemain de l'intervention ;

1 huit jours après l'intervention ;

2 un mois après l'intervention ;

1 trois mois après l'intervention.

Dans tous ces cas, aucun incident opératoire n'est survenu ; aucune hémorragie n'est observée. De plus, l'histoire de ces malades montre leur parfait état de santé jusqu'à l'époque de la grossesse et l'on ne trouve dans leurs antécédents aucune maladie antérieure susceptible d'être une cause de moindre résistance.

L'époque de la grossesse, durant laquelle on est intervenu, révèle que 7 fois sur 9 l'avortement s'est produit à 2 mois $1/2$ —3 mois. Et cela cadre bien avec les données de Massot et de Cohnstein disant :

Au 2^e mois, proportion égale de terminaison naturelle et d'avortement ;

Aux 3^e et 4^e mois, les avortements prédominent;

Aux 5^e et 6^e mois, les avortements diminuent;

Au 8^e mois, les avortements augmentent;

Au 9^e mois les avortement diminuent.

L'âge des opérées paraît sans influence.

Enfin, examinant maintenant les cas heureux, signalons que l'anesthésie pratiquée soit à l'éther, soit au chloroforme, n'a jamais donné lieu à aucun incident.

Une ou deux fois, l'on s'est servi de Protoxyde d'azote.

MM. Brault et Barbedor, à propos de 41 anesthésies à l'aide du Protoxyde-oxygène, citent comme avantages de ce procédé:

1^o L'inocuité absolue et l'absence de toxicité pour la mère comme pour l'enfant;

2^o Le réveil immédiat;

3^o L'anesthésie agréable

Ils en reconnaissent cependant quelques inconvénients qui sont:

1^o Le prix élevé;

2^o La nécessité d'un anesthésiste entraîné et compétent;

3^o Le fait que certains malades dorment mal.

M. Brindeau estime que ce mode d'anesthésie ne saurait être généralisé; il s'en est servi à plusieurs re-

prises et se souvient que chaque fois la patiente n'avait pas semblé dormir pendant toute l'opération et que l'anesthésiste spécialiste du Protoxyde d'azote n'arrivait pas à régler exactement la narcose.

Puisque nous parlons des différents anesthésiques, rappelons à ce sujet l'article de MM. Balard et Jean-neney, qui, traitant de l'acte opératoire et gynécologique, soulignent l'importance de la connaissance exacte des réactions cardio-vasculaires du sujet.

Ils distinguent à ce point de vue deux variétés de malades :

1° Les malades avec hypertension ;

Chez eux, il faut abandonner le chloro, rejeter les hypertenseurs (chlorure d'Éthyle et Protoxyde d'Azote).

La Rachi-anesthésie est indiquée.

2° Les malades avec hypotension.

Là encore, le chloroforme est dangereux pour les surrénales (Delbet-Sergent) ainsi que tous les anesthésiques à élimination lente dont la toxicité s'ajoute à l'intoxication générale.

La Rachi-anesthésie n'est contre-indiquée que chez les hypotendus graves.

En résumé, l'éther est applicable dans la majorité des cas.

Dans toutes ces laparatomies, la technique opératoire a toujours été la même qu'en dehors de la grossesse.

L'incision verticale fut la seule pratiquée. Il faut savoir cependant que d'aucuns préfèrent l'incision transversale. Ils déclarent que cette incision donne beaucoup plus de jour sur les parties latérales du bassin et qu'avec ce procédé, l'éventration est tout à fait rare: 0,2 %, alors que cette proportion dans les incisions longitudinales atteint 3 à 9 % pour les réunions par première intention et 13 à 31 % pour celles par seconde intention.

On a en outre donné comme avantage de l'incision de Pfannenstiel son esthétique. Mais pour atteindre ce but, l'incision doit être cachée très bas dans la région des poils et par suite complique inutilement des interventions où l'on doit tout faire pour manier l'utérus avec douceur.

En tout cas, M. Brindeau est nettement partisan de l'incision longitudinale. A son avis, la transversale devient tout à fait incommode dès qu'une difficulté survient: on ne peut l'agrandir comme une verticale, ce qui présente son importance si l'on songe qu'il n'est pas toujours possible de préciser l'étendue des lésions, à plus forte raison de prévoir les difficultés qui peuvent surgir.

Ajoutons qu'il juge prudent de la pratiquer même dans une simple appendicectomie. D'ailleurs les chirurgiens, sachant le refoulement de l'appareil cœcal plus ou moins haut vers l'hypochondre droit au fur et à mesure du développement de la grossesse, sem-

blent donner la préférence aux incisions à direction verticale type Jalaguier.

La technique des autres interventions ne diffère pas, avons-nous dit, des conditions habituelles. Disons cependant qu'en cas de myomectomie, on recommande de faire un capitonnage de la plaie utérine à l'aide de plusieurs plans de catgut et de se servir d'une aiguille aussi fine que possible avec un fil de calibre un peu supérieur à celui de l'aiguille. S'il existe, malgré ces précautions, un suintement sanguin, M. Pierre Duval conseille de recouvrir les surfaces dénudées d'une lame épiploïque libre.

Nous devons aussi signaler les suites opératoires parfaites de toutes ces interventions heureuses. Quelques contractions utérines accompagnées de pertes rouges peu abondantes, s'observent parfois; au bout de cinq à six jours, les pertes diminuent, les contractions s'espacent et la grossesse continue à évoluer : ce sont là des troubles momentanés qu'il importe de connaître et qui ne doivent pas être interprétés comme le prélude d'un avortement fatal.

Une seule intervention s'est compliquée de phlébite.

Nous avons en outre recherché la fréquence de l'éventration chez toutes ces opérées. Presque toutes ont été revues un ou deux mois après l'opération : leurs cicatrices étaient souples et non adhérentes.

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'éventration, qui constitue par ailleurs un beau témoignage de la résistance de la femme enceinte à l'acte opératoire (Obs. 48).

L'on est à ce propos parfois étonné de la ténacité avec laquelle certains utérus gravides résistent aux interventions les plus graves; nous allons en citer quelques exemples:

OBSERVATION 48

(Service de M. le Professeur Brindeau)

Péritonite aiguë chez femme enceinte de 3 mois, opérée deux jours auparavant de hernie inguinale gauche étranglée. — Laparatomie. — Eventration consécutive. — Accouchement à 8 mois d'un enfant vivant bien portant.

Georgina D..., 35 ans, IV pare.

A.P. — Régliée à 11 ans.

3 enfants: 2 bien portants, 1 mort de méningite.

H. M. — Entre à la Clinique Tarnier le 13 mai 1923.

Enceinte de 3 mois, on apprend qu'elle vient d'être opérée deux jours auparavant chez elle en banlieue, pour hernie inguinale gauche étranglée.

Diagnostic: Péritonite aiguë.

Opération le 13 mai 1923. — M. Brindeau. — Incision médiane sous-ombilicale. Evacuation d'un liquide puriforme contenu dans la cavité abdominale. Constatation de fausses membranes dans cette cavité et de sphacèle au niveau du moignon du sac herniaire gauche. Drainage.

Suites opératoires: La malade présente d'abord de très vives douleurs calmées par l'opium; elle s'améliore lente-

ment. Mais la plaie sous-ombilicale s'ouvre largement et la face antérieure de l'utérus est visible sur une grande surface, entre les lèvres de cette plaie. Au bout de 3 semaines, on tente de rapprocher les deux bords de la plaie à l'aide de fils métalliques. La réunion est d'abord incomplète, puis la plaie finit par se fermer par bourgeonnement et la malade quitte la clinique le 3 septembre 1923.

22 novembre 1923: Accouchement artificiel à terme d'une fille vivante pesant 3 kg 060. Forceps en raison d'une large éventration que la paroi abdominale présentait au niveau de la cicatrice de laparatomie.

OBSERVATION 49.

(N° 237 de 1925 de la Clinique Tarnier).

Rétroversion. — Flexion adhérente d'un utérus gravide de 4 mois. — Laparatomie. — Continuation de la grossesse.

Germaine L..., 20 ans, I pare.

Opération le 5 février 1925. Chloro. — M. Brindeau.

L'utérus présente son bord gauche en avant. On s'aperçoit que:

1° Le fond et la face postérieure sont adhérents par des brides résistantes.

2° Au niveau de l'insertion du ligament rond, il existe une bride aplatie formant comme un deuxième ligament large.

3° L'utérus a une forme très spéciale; il est enroulé en limaçon, la face antérieure étant externe par rapport à la face postérieure.

On libère assez facilement l'utérus de ses adhérences; mais il est difficile à réduire, car l'utérus a pris la forme

de l'excavation. Un aide refoulant l'utérus avec une main placée dans le Douglas, on arrive à le réduire.

Suites opératoires: Pendant les deux premiers jours, on redoute l'avortement. La malade sort guérie: la grossesse continue.

OBSERVATION 50.

(in Gynécologie et Obstétrique 1921)

Obs. XI de Reeb.

*Fibrome chez femme enceinte de 1 mois. — Laparatomie.
Accouchement à terme.*

Mme Sch..., 35 ans, I pare.

Dernières règles du 1^{er} au 4 mars 1920.

Laparatomie le 22 mars 1920. — Il s'agit d'un fibrome de la corne droite. On enlève la tumeur. La cavité utérine est ouverte à ce moment; on la suture, puis on reconstitue le muscle utérin.

Suites normales.

6 décembre 1920: Accouchement d'un enfant vivant pesant 3 kg 780 et mesurant 50 centimètres.

Cependant l'opiniâtreté avec laquelle la grossesse a résisté à ces différentes opérations, ne doit pas faire oublier les cas moins heureux où l'on voit survenir à l'improviste l'avortement sans qu'il soit possible d'en trouver la cause.

Et comme il n'est aucun symptôme qui nous permette d'apprécier l'irritabilité de l'utérus, il sera bon d'observer de façon systématique la règle de Pinard, qui recommandait de toujours faire suivre l'opération d'une injection de morphine.

Certains auteurs allemands semblent faire grand usage des alcaloïdes.

L'un d'entre eux, Hugo Hellendall, relatant 9 interventions pendant la grossesse avec heureux résultats tant pour la mère que pour l'enfant, attribue ces succès à la préparation de la malade avant l'opération.

C'est ainsi que la veille de l'opération, la malade absorbe 0,50 de véronal, reçoit un lavement laudanisé, deux piqûres: l'une de 0,04 de Pantopon, l'autre de 0,0006 de scopolomine; le jour de l'opération, on s'arrange de façon à ne pas lui faire respirer plus de 200 grammes d'éther; enfin pendant les 4 jours suivants, on lui conseille 4 suppositoires de 0,05 d'opium. Et l'auteur allemand ajoute cette phrase amusante: « Ces doses permettent d'apprécier la résistance particulière du fœtus; s'il survit, on peut être assuré dans la suite que la grossesse continuera quoiqu'il arrive ».

L'on se contente en France de donner, matin et soir, une injection de morphine pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'intervention; mais certains en donnent davantage et vont jusqu'à 4 et 5 centigrammes par 24 heures.

CHAPITRE III

Revue générale des indications des interventions chirurgicales pendant la grossesse

La lecture des différentes revues d'Obstétrique et de Gynécologie, publiées tant en France qu'à l'étranger, nous a permis de recueillir un certain nombre d'interventions chirurgicales pratiquées pendant la grossesse durant ces dernières années.

Notant, au sujet de chacune d'elles les indications opératoires, les réflexions qu'elles ont suggérées à ceux qui les ont pratiquées, nous avons rassemblé dans ce chapitre, en y joignant des statistiques, les opinions les plus récentes des auteurs les plus autorisés.

Or on peut diviser ces interventions chirurgicales en 3 groupes :

- a) Opérations extra-génitales;
- b) Opérations para-génitales;
- c) Opérations portant sur les organes génitaux.

ARTICLE 1. — *Opérations extra-génitales.*

Hormis les interventions sur les reins, il n'en est guère signalé, ainsi que le montre le petit nombre d'observations que nous avons pu colliger dans la littérature depuis 1919. Cela tient sans doute à cette tendance admise par tous qui consiste à différer jusqu'après l'accouchement toute opération qui peut être remise et à n'opérer que les cas où l'on a la main forcée.

La cure radicale des *Hernies* ne semble en rien troubler la grossesse. Dans les 3 cas opérés à la Clinique Tarnier, son évolution s'est déroulée sans incidents.

Toutefois si d'une part nous pensons à la possibilité d'un avortement, si d'autre part on se souvient que bien souvent les hernies se réduisent spontanément à partir du 4^e mois, l'avantage de la temporisation semble indiscutable.

C'est aussi là l'opinion des auteurs allemands, qui considèrent cependant l'avortement moins fréquent dans les hernies inguinales que dans les hernies crurales et surtout dans les hernies étranglées. A vrai dire dans ces dernières, ce sont surtout les complications qui interviennent: durée de la striction, gangrène, infection. En tout cas ils estiment que l'on ne doit pas opérer une hernie sans complications chez une femme enceinte.

Même règle à observer en présence des *éventrations* si fréquentes chez certaines multipares.

L'indication opératoire dans l'*occlusion intestinale* ne diffère en rien de celle des occlusions en dehors de la puerpéralité. En dépit de cette grave intervention, la grossesse peut aller à terme, comme le montrent les 3 observations qui suivent:

OBSERVATION 51

(in Gynécologie et Obstétrique, 1922).

Occlusion intestinale à 3 mois 1/2 de gestation par fibrome utérin. — Myomectomie. — Accouchement spontané à 8 mois 1/2.

R..., 39 ans. II pare.

Laparatomie le 5 octobre 1921. Ether. — Dr Duchêne.

La tumeur est représentée par un fibrome interstitiel assez volumineux, implanté près de la corne droite sur le bord de l'utérus. Enucléation de la tumeur. Capitonnage de la loge. Puis ablation de deux petits fibromes pédiculés sur la face postérieure de l'utérus dont l'un du volume d'une grosse noix.

Suites opératoires: sans incidents.

10 février 1922. Accouchement spontané d'un enfant vivant de 2 kg 700.

OBSERVATION 52

(in Soc. Gyn. et Obst. de Strasbourg, 1922)

Occlusion intestinale chronique par étranglement du côlon

pelvien chez femme enceinte de 5 mois. — Accouchement naturel à terme de deux jumeaux vivants.

X..., III pare.

Laparatomie. On trouve des adhérences qui avaient produit une coudure à angle aigu de la partie inférieure du côlon ilio-pelvien. On détache les adhérences et on reconstitue le méso-sigmoïde libéré.

Suites opératoires normales.

Accouchement à terme de deux jumeaux.

OBSERVATION 53

(in Soc. d'Obst. et de Gyn. de Lille, 1924)

Occlusion intestinale chez femme enceinte de 6 mois. Anus cœcal. — Accouchement à terme d'un enfant bien portant.

Mme C... Berthe, 34 ans, II pare.

H.M. — Depuis 8 jours: ballonnement énorme du ventre; les anses se dessinent sous la paroi. Pas de gaz, ni de selles. Vomissements fécaloïdes.

Opération le 8 mai 1920. Ether. Dr Decherf.

Création d'un anus cœcal: ouverture au thermo le 9 mai.

Suites opératoires: l'an us cœcal fonctionne bien et tout rentre dans l'ordre. Anus cœcal fermé le 24 juin 1920.

21 juillet 1920: Accouchement à terme d'un enfant bien portant.

30 août 1920. Laparatomie médiane sous-ombilicale pour volumineux kyste de l'ovaire gauche avec nombreuses adhérences au grêle.

Rappelons que M. Lardennois distingue, au point

de vue pathogénique, deux grandes variétés d'occlusions, de pronostic bien différent :

Les unes de cause directement gravidique : compression de l'intestin par un utérus en rétroversion, par un fibrome, sont aisément traitées ;

Les autres, plus fréquentes, de cause indirectement gravidique : étirement des adhérences, méso-côlon pelvien adhérent au méso-salpinx, aggravation des coutures, sont beaucoup plus graves parce qu'on les méconnaît. On croit à des coliques utérines, à une réaction péritonéale ; si l'avortement se produit, on espère la disparition des accidents et la mort survient sans qu'on ait pris à temps la décision énergique seule capable de sauver la malade.

Il est donc nécessaire de rechercher avec soin, chez toute femme enceinte, s'il n'existe pas de séquelles de réactions péritonéales plastiques et l'on ne doit pas déclarer inutiles trop vite les laparatomies, où, après examen des lésions, l'intervention se borne à libérer l'utérus des adhérences qui l'entourent.

Au point de vue opératoire, disons que la laparotomie suivie d'entérostomie paraît être la conduite de choix, lorsqu'on intervient précocement. Les statistiques montrent la guérison dans les deux tiers des cas.

Les interventions sur le *foie* ne semblent pas troubler la grossesse. On a pu pratiquer des cholécystec-

tomies, opérer des kystes hydatiques ; lorsque l'on craint une rupture de ces derniers, il est même préférable d'opérer avant qu'elle se produise, car si elle survient, l'avortement est la règle.

OBSERVATION 54
(Clinique Tarnier)

Cholécystectomie chez femme enceinte de 2 mois. — Accouchement naturel à terme.

Mathilde To..., 29 ans, V pare.

D.R. : 7 au 12 mars 1922.

Opération pratiquée à Boucicaut en mai 1922.

7 décembre 1922: Accouchement naturel à terme d'un enfant vivant bien portant.

Nous avons pu retrouver 3 *splénectomies* pendant la grossesse:

OBSERVATION 55

(cas de Savor 1898. Centralblatt für Gynécologie n° 48)

Multipare de 31 ans.

Reçoit au cinquième mois de sa 5^e grossesse un coup de pied d'ivrogne dans le flanc gauche, occasionnant une rupture de la rate.

Splénectomie. — Cette opération n'a aucun effet sur la grossesse.

Les modifications du sang constatées par examen:

Globules rouges.....	3.800.000
Globules blancs.....	12.000
sont liés à l'état gravis.	
Hémoglobine: 60 %.	
Accouchement à terme d'un enfant normal.	

OBSERVATION 56

(cas de Dimitry Michailowsky. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1901)

Femme enceinte de 5 mois.

Examen clinique. — Rate hypertrophique malarique. Menaces d'avortement, vomissements incoercibles, œdème des jambes (sans albuminurie), emphysème pulmonaire avec accès d'asthme.

Splérectomie suivie de guérison sans troubles pour la grossesse en évolution.

OBSERVATION 57

(cas de Constantin Daniel, *Presse Médicale* 1910, page 967)

Femme enceinte de 4 mois.

Examen clinique. — Rate paladique énorme empêchant le développement de l'utérus gravis.

Splérectomie. — Anesthésie par injection rachidienne de stovaïne. Volume de la tumeur: 5.500 grammes.

La guérison s'est faite sans menaces d'avortement.

La rupture de la rate, son énorme volume, obligent donc à intervenir. Mais en cas de rate mobile, l'on doit s'abstenir et Winckel, qui a pu suivre deux malades, a vu la rate regagner peu à peu sa loge au fur et à mesure du développement de l'utérus.

Des kystes du *mésentère*, des kystes du *pancréas* ont été extirpés pendant la grossesse, en raison de leur tendance à descendre dans le bassin, capable de devenir une cause de dystocie au moment du travail et de compliquer l'accouchement.

OBSERVATION 58

(in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie*,
année 1924, page 616).

Volumineux kyste du pancréas chez une femme enceinte de 2 mois. — Laparatomie médiane sus-ombilicale. — Evolution normale de la grossesse.

Mme B... Zoé, 31 ans, III pare.

Diagnostic clinique. — Volumineuse tumeur de la région épigastrique débordant légèrement à droite, très mobile, non douloureuse. Pas de traumatisme ni chute sur l'abdomen. Etat général excellent.

Kyste probable de l'épiploon.

Opération le 14 novembre 1923. Ether. — Dr Decherf.

Laparatomie médiane sus-ombilicale. Volumineux kyste situé sous l'épiploon et développé dans le pancréas. Enucléation assez facile après ligature et section des parties adhérentes au pancréas.

Suites opératoires parfaites.

Est, en juin 1924, sur le point d'accoucher.

Les interventions pratiquées sur le *rein* ne se comptent plus,

En 1910, M. Hartmann donne la statistique suivante:

Néphrectomies = 28 cas.

23 ont mené leur grossesse sans incidents:

- 5 uronéphrose.
- 3 néoplasme.
- 3 pyélonéphrite.
- 2 pyélite.
- 2 pyonéphrose calculeuse.
- 1 calcul.
- 1 kyste du rein.
- 1 kyste hydatique.
- 5 tuberculose.

3 ont avorté.

2 ont succombé.

1 à la suite d'une crise d'éclampsie survenue le lendemain d'une néphrectomie pour uronéphrose.

1 par embolie. La femme était profondément infectée et avait une phlébite.

Nephrotomie = 5 cas:

- 4 succès.
- 1 mort.

Néphropexie = 1.

Abcès périnéphrétique = 1.

Et M. Hartmann conclut: « De l'ensemble de ces faits il résulte que dans la presque totalité des cas, l'opération rénale n'a exercé aucune action sur l'évolution de la grossesse et que réciproquement la gra-

vidité ne semble pas avoir aggravé le pronostic de l'intervention rénale ».

Plus récemment, en 1923, M. Favreau publie une statistique de néphectomies pendant la grossesse : dans 8 cas sur 9, l'évolution de la grossesse fut normale jusqu'au terme.

La grossesse n'est donc pas une contre-indication à la néphrectomie. Et cela n'est pas sans importance si l'on songe qu'en cas de tuberculose rénale, le pronostic d'une femme non opérée est toujours sombre.

Il nous faut dire quelques mots des opérations pratiquées hors de l'abdomen et du bassin, pendant la gravidité.

En ce qui concerne les Fractures, les auteurs allemands disent que la consolidation des deux fragments est plus lente. En réalité, s'il est des cas où le cal n'a pu se former durant la période de gestation pour se consolider d'ailleurs assez rapidement après l'accouchement, il en est d'autres où les fractures se sont consolidées dans les limites normales.

Ajoutons en passant que les Luxations sont sans influence sur la gravidité et que l'on voit l'avortement survenir plus facilement après une désarticulation et une résection qu'après une amputation.

Il nous a été possible de relever une Ablation des deux seins pendant la grossesse :

OBSERVATION 59

(in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*,
année 1921, page 693).

Ablation des deux seins chez une femme enceinte de 7 mois
Continuation de la grossesse.

X..., 35 ans, II pare.

Ablation des deux seins en une séance, le 6 octobre.

Continuation de la grossesse.

Analyse anatomo-pathologique: Sarcome embryonnaire.

Enfin ajoutons à tout cela que si l'on peut opérer sur la face, enlever des polypes, faire une trachéotomie, Winckel avoue que dans certains cas la simple extraction d'une dent peut provoquer l'avortement.

ARTICLE 2. — *Opérations para-génitales.*

Peu nombreuses dans la littérature médicale française, hormis bien entendu les cas d'appendicite, ce n'est guère que dans le traité de Winckel qu'il nous a été possible de trouver trace d'interventions semblables.

Cet auteur a opéré sans inconvénient pour la grossesse, des fistules recto-vaginales.

Il rapporte toujours avec le même succès des cas d'excision de diverticules de l'urètre, l'extirpation de tumeurs para-urétrales, des dilatations de l'anus pour fissure.

De même les interventions sur la vessie: Lithotritie

avec dilatation de l'urètre, cystostomies, ne semblent pas beaucoup retentir sur l'utérus.

Par contre il ne conseille pas l'ablation d'hémorroïdes, car il a vu survenir dans la suite des complications d'infection purulente (thrombo-phlébites). Enfin il déclare que la Périnéorraphie peut être pratiquée sans aucun danger. Parmi les femmes accouchées à Tarnier, il nous revient en mémoire le souvenir de l'une d'entre elles, chez qui une périnéorraphie avait été faite au 2^e mois de la grossesse. L'accouchement s'est produit à terme, mais s'est accompagné de nouveau d'une déchirure du périnée.

Mais entre toutes les interventions portant sur les organes situés au voisinage de l'utérus, de beaucoup la plus importante est l'appendicite.

Elle est intéressante plus par l'indication opératoire qu'elle pose, que par sa grande fréquence. Dans une statistique de la clinique Baudelocque, s'étendant du 1^{er} janvier 1898 au 1^{er} janvier 1904, sur 11.497 femmes hospitalisées, on cite un cas d'appendicite. Si l'on en juge par celle de la clinique Tarnier, ce chiffre est un peu supérieur : de 1920 à 1924, sur 12.000 femmes on trouve 13 cas, soit un peu plus de 1 pour 1.000, chiffre d'ailleurs sûrement inférieur à la réalité car bien des femmes enceintes, atteintes de crises appendiculaires au début de leur grossesse, sont dirigées sur les services de chirurgie.

C'est du reste un bienfait que l'appendicite ne se rencontre pas plus souvent chez la femme enceinte, car tous les auteurs s'accordent à reconnaître son influence néfaste non seulement dans les cas graves où elle expose à la perforation et à la péritonite généralisée, mais encore dans les cas légers. En effet si la mère parvient à surmonter la crise, le fœtus se tire très rarement indemne de pareille infection. La plupart du temps, l'avortement se produit dans la semaine qui suit la crise; mais il peut apparaître au bout d'un mois et même davantage. Il ne faut pas oublier en outre que lorsque l'on a pu éviter l'avortement, on doit toujours faire les plus grandes réserves sur l'avenir de l'enfant, même s'il naît vivant et dans la période de viabilité. Cette influence fâcheuse est surtout manifeste dans la seconde moitié de la grossesse; Pérard donne à ce sujet la statistique suivante:

	Cas d'appendicite	Morts	Mortalité %
Grossesse de 1 à 5 mois.	56	40	17,8
Grossesse de 5 à 9 mois.	58	22	38,2

Presque toujours la mort survient par péritonite diffuse, qui s'explique par le refoulement de l'appendice au milieu des anses intestinales et par l'impossibilité pour le foyer d'infection de se localiser.

Les auteurs anglais connaissent bien les dangers de l'appendicite dans les derniers mois de la gros-

sesse et ne discutent plus l'opportunité d'une prompté opération au début de la crise. Voici d'ailleurs les opinions résumées de certains d'entre eux :

Norborne Page Cocke et Masson écrivent : « L'effrayante mortalité attribuée à l'appendicite aiguë pendant la grossesse est moins imputable à l'appendicite ou à la grossesse par elles-mêmes, qu'à un défaut de diagnostic et de traitement.

L'erreur de diagnostic est due aux difficultés apportées par le développement de l'utérus, qui modifie complètement les rapports des organes abdominaux.

Quant au traitement chirurgical tardif, il provient de l'hésitation de l'accoucheur à entreprendre une opération sérieuse qui peut se terminer par l'avortement ou l'accouchement prématuré ; mais il est dû aussi à cette opinion classique que dans les premiers mois de la grossesse l'opération est indiquée dans tous les cas et qu'au contraire dans les quatre derniers mois de la grossesse, il ne faut intervenir qu'en cas de perforation ou de gangrène. »

L'appendicite pendant la grossesse, dit de Lee, commande toujours l'intervention immédiate ; c'est la plus sûre conduite à tenir.

C'est aussi l'avis de Hist, de Kelly, de Arthur H. Curtiss (de Chicago), qui insistent sur la sévérité clinique d'une crise appendiculaire avec suppuration pendant la grossesse et déclarent : une prompté intervention est à conseiller dès que le diagnostic est net.

Les auteurs allemands expriment une opinion semblable et disent notamment qu'en cas d'appendicite pelvienne, les complications, qui se produisent presque toujours si l'on n'intervient pas, causent la mort du fœtus dans 86 % des cas. Comme la mort de la mère suit souvent celle du fœtus, ils estiment convenable que dans tous les cas où l'on doute de l'aspect bénin de la crise, il faut préférer l'opération plutôt que s'abstenir. (Winckel-Hoffmann).

Le traitement chirurgical de l'appendicite a donc de plus en plus tendance à supplanter le traitement médical que Pérès défendait dans sa thèse, où il donnait la statistique suivante :

54 cas opérés en pleine crise :

33 % de mortalité maternelle.

37 % de mortalité fœtale.

21 cas traités médicalement :

16 % de mortalité maternelle.

27 % de mortalité fœtale.

5 cas opérés à froid = cinq guérisons.

Evidemment à n'en juger que par cette statistique, le traitement médical semble nettement meilleur que le traitement chirurgical. Mais il faut aussi le noter : les cas d'appendicite traités médicalement étaient presque toujours des crises bénignes ; ceux au contraire opérés en pleine crise se rencontraient surtout chez des malades fatiguées, examinées tardivement.

En effet, les 54 cas opérés en pleine crise comprennent 30 observations d'appendicites aiguës publiées par M. Pinard en 1898. Or nous reportant à ce tableau, nous voyons que dans 7 cas, l'avortement a eu lieu avant l'opération et que dans tous les autres il s'agit de péritonite généralisée (8 fois) et de péritonite localisée (15 fois), où l'intervention faite d'urgence a tout de même réussi à sauver certaines malades.

D'ailleurs un auteur anglais Feindley, signale à ce sujet la statistique de Wagner. Celui-ci donne, dans les cas graves non opérés compliquant la grossesse, une mortalité naturelle de 77 % contre 6,7 0/0 dans les cas de gravité différente, où l'opération a été pratiquée dans les 48 premières heures, et il croit que la proportion serait encore meilleure, si l'on était intervenu plus tôt.

Et John B. Murphy ajoute, à propos de cette statistique, les deux conclusions suivantes :

a) La mortalité est presque nulle quand le diagnostic fait de bonne heure permet une intervention précoce.

b) Elle est colossale, quand le diagnostic et l'opération sont faits tardivement.

En résumé, l'action néfaste de la grossesse, les récidives dont celle-ci est cause dans les deux tiers des cas, la fréquence des péritonites diffuses, la morta-

lité des femmes, justifient l'opinion de Segond, conseillant d'opérer « au moindre soupçon d'appendicite ». Et l'on peut, en ces temps modernes, conclure avec M. Pinard: « L'appendicite, pendant la grossesse, doit être traitée chirurgicalement, plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. »

ARTICLE 3. — *Opérations génitales.*

Les résultats parfaits, tant pour la mère que pour l'enfant, des opérations portant sur les organes génitaux, ne se comptent plus; les nombreuses observations publiées à cet égard en font foi.

A. — *Intervention sur l'utérus par voie basse.*

Disons de suite que pendant la grossesse, il faut se montrer très prudent, lorsqu'il s'agit de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale sur la zone génitale inférieure: col, vagin, vulve; ces régions sont réputées très sensibles et la moindre excitation est capable de faire naître des contractions utérines et de provoquer l'avortement.

Toutefois là encore on ne peut nier la résistance de certains utérus ainsi qu'en témoignent les observations récentes que nous avons pu retrouver.

OBSERVATION 60

(in Gynécologie et Obstétrique, année 1921, page 151).

Myomectomie cervicale chez femme enceinte de 3 mois.

Mme F..., 23 ans, I pare.

Laparatomie en juillet 1920. D^r Reeb.

Enucléation d'un fibrome qui a la grandeur d'un petit poing et qui est situé sur la paroi antérieure du col utérin.

6 janvier 1921: Accouchement à terme.

OBSERVATION 61

(in Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie)

Année 1923, page 311.

Myomectomie cervicale au 6 mois de la grossesse

Mme X..., 42 ans, II pare.

Diagnostic clinique. Fibrome gros comme le poing, développé dans l'épaisseur de la lèvre antérieure du col, inséré par une large base sur la partie antérieure et latérale droite du trajet coenical et saillant directement vers celui-ci. L'orifice externe du col est effacé et dilaté comme 5 fr. Le trajet cervical est refoulé sous forme d'une large rigole; il est perméable à deux doigts.

Intervention le 28 novembre 1922. — D^r Hamant (de Nancy).

On fait une boutonnière aux ciseaux sur la face antérieure de la lèvre antérieure du col. Ablation d'un fibrome de 250 grammes.

Suites opératoires sans incidents: le 12 décembre, on trouve, à l'examen digital, le col refermé.

4 février 1923: accouchement naturel à terme d'un enfant de 3 kg. 200.

OBSERVATION 62

(Obs. Maternité de Nancy 1924, n° 266)

Myomectomie cenicale chez une femme enceinte de 8 mois.

X..., 39 ans, VII pare.

Diagnostic clinique: Fibrome vaginal du volume d'un poing d'adulte, inséré sur la partie externe de la lèvre postérieure du col par un pédicule aplati d'avant en arrière.

Intervention le 8 mars 1924, soit 3 semaines avant le terme. — D^r Hamant.

La tumeur est amenée sans effort hors de la vulve. On tombe facilement sur un plan de clinage et on énuclé facilement la tumeur. L'hémostose est difficile. On termine par l'application d'un tampon lâche à la gaze.

10 jours plus tard, accouchement naturel d'un garçon vivant pesant 3 kg. 120.

OBSERVATION 63

(in Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris)

Année 1921, page 821.

Kyste du col utérin chez femme enceinte de 8 mois.

Catherine..., 20 ans, I pare.

Diagnostic clinique. Kyste bombant dans la cavité vaginale et inséré par un pédicule long de 1 cm. sur la partie antéro-latérale droite du col à quelques millimètres en dehors du museau de tanche.

Intervention le 5 octobre. M. Audebert.

Ponction du kyste. Ligature du pédicule avec un gros catgut au ras de l'insertion du col. Ablation du kyste.

5 novembre 1921. Accouchement à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION 64

(in Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris)

Année 1923, page 580

*Extirpation d'énormes paquets variqueux.
au 6^e mois de la grossesse.*

Mme P..., 26 ans, I pare.

Enorme paquet variqueux unilatéral de la grande lèvre gauche se prolongeant sur la cuisse.

Ce paquet formait une tumeur de 12 cm. de long, large de 6 cm., profonde de 5 cm. environ, encombrant le pli de l'aîne; tumeur dure formée de veines thrombosées.

Exérèse en bloc de tout le paquet gauche ainsi que du petit paquet droit.

Accouchement 15 jours avant le terme probable.

OBSERVATION 65

(in Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris)
Année 1921, page 83.

*Appendicite gangréneuse pelvienne chez femme enceinte
de 6 mois. — Colpotomie. — Guérison.*

Mme J... B..., 22 ans, II pare.

D. R. du 22 au 28 février 1920.

H. M. Le 4 août, la malade est prise de violentes douleurs dans le flanc droit. A l'examen: douleur diffuse perçue dans toute la fosse iliaque droite, surtout à la partie inférieure et interne. T.: 37,8. Rien au toucher vaginal.

Les contractions utérines sont plus fréquentes, les mouvements de l'enfant sont constants.

Le diagnostic est hésitant entre appendicite et pyéléréphrite.

Le 9 août: douleurs violentes dans le flanc droit « comparables à celles de la dilatation au cours du travail ».

L'utérus est contracté, très douloureux. Le fœtus s'agite perpétuellement. Le P. oscille entre 37,7 et 39.

Le 15 août: On sent dans le Douglas une masse résistante. Par le toucher rectal, on retrouve la même saillie fluctuante et tendue.

Colpotomie postérieure sans Chloro, le 16 août. A l'incision il s'écoule 600 grammes de pus brunâtre, très fétide, pus à coli-bacilles. Pose d'un gros drain dans le Douglas.

Suites opératoires. Ablation du drain le 4^e jour. La supuration disparaît vers le 10^e jour.

En décembre 1920, accouchement à terme d'un enfant bien constitué de 3 kg. 500.

Enfin, rappelons pour mémoire les cas exceptionnels de Van Hasselt et de Mackenrodt, où la tumeur fibromateuse, développée aux dépens de la partie la plus basse du segment inférieur et faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur, a pu être extraite par colpotomie postérieure sans interruption de la grossesse.

Cependant malgré ces succès, l'on hésite toujours à intervenir sur la zone génitale inférieure. Récemment il y a deux ou trois ans, lors d'une discussion à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, sur le traitement des Bartholinites et des collections suppurées vulvo-vaginales, l'avis unanime reconnaissait l'influence néfaste de ces interventions pour la grossesse.

Il semble donc qu'il faille s'abstenir de toute intervention à ce niveau capable d'être différée jusqu'après l'accouchement et tenter tous les traitements médi-

caux avant d'en arriver à l'opération que l'on pratique s'il est possible à une époque voisine du terme.

B. — *Intervention sur l'utérus par voie haute.*

a) *Rétroversion de l'utérus gravide.*

Quant toutes les manœuvres tentées pour réduire un utérus rétrofléchi ont échoué, la reposition par laparatomie est indiscutablement la plus sûre méthode. Elle seule permet en effet de se rendre compte de l'état de l'intestin, des adhérences qui fixent l'utérus et que l'on peut libérer sans crainte. En effet, si les manœuvres externes se justifient quand il est impossible de faire autrement, il est indéniable qu'elles sont toujours aveugles et risquent, en supprimant les adhérences, de causer la déchirure d'anses intestinales qui les maintenaient.

D'ailleurs, les résultats sont tout à fait satisfaisants. Dans le 33 cas opérés à Tarnier, la grossesse a continué son cours, et dans une thèse parue en 1911, Lerat donne la statistique suivante :

45 interventions	5 avortements
	1 mort

Ajoutons que dans certains cas, on complète cette intervention par le raccourcissement des ligaments ronds, suivant le procédé de Doleris, qui permet ainsi la persistance définitive de l'attitude normale de l'utérus et ne compromet en rien le travail lors de l'accouchement.

b) Kyste de l'ovaire.

« Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la gestation doit être enlevé ». Telle est la règle établie par Pinard en 1900, qui fait de cette intervention une opération préventive, capable cependant de revêtir parfois un caractère d'urgence lorsque le kyste se rompt, s'infecte, ou que son pédicule subit une torsion.

Certes, il est des auteurs comme Fehling, Pfannensiel, qui ne font pas l'opération préventive et n'interviennent que si de sérieuses indications se posent.

Les statistiques vont à l'encontre de leurs théories et l'on est frappé par ce contraste évident entre les mauvais résultats obtenus à l'époque où l'on n'opérait pas et ceux bien meilleurs dus à l'intervention systématique.

Avant l'ère chirurgicale, on trouve en effet:

37 0/0 de mortalité maternelle (Pratique de l'art des accouchements).

60 0/0 de mortalité fœtale.

39 0/0 de mortalité maternelle pour Piering (de la clinique Winkel).

33 0/0 de mortalité maternelle, pour Tarnowski.

20 0/0 de mortalité fœtale pour Ribement-Des-saignes.

Si l'on compare ces chiffres à ceux obtenus depuis que l'on opère, on voit la sensible différence:

	N. DE CAS	AVORTEMENT	DÉCÈS
Orgler (1902)	142	22,5 %	2,7 %
Graefe { 1902	119	17 %	0,4 %
{ 1921		16 %	
Grosse (1919)	52	13,4 %	1,9 %
	(uniquement ovario- tomie bilatérale)		
Szymanowicz (1923)	35	17 %	
Clinique Tarnier (1924)	37	10,8 %	2,07 %

On peut remarquer que la mortalité maternelle non seulement n'atteint pas, mais est sensiblement inférieure au chiffre de la mortalité dans les cas non compliqués de gestation: Küstner (3,7 0/0) Fehling (8,4 0/0), Bégouin (4 0/0).

Ainsi donc, à l'heure actuelle, personne ne discute plus l'indication de l'ovariotomie au cours de la grossesse, mais l'on cherche seulement l'époque la meilleure durant laquelle il convient d'opérer.

Frankel conseille de remettre à la seconde période de la grossesse toute ovariectomie, car le corps jaune, dont le rôle semble favoriser le développement de l'œuf fécondé, n'a plus aucune influence. En réalité, l'on ne sait pas la durée de son action chez la femme et bien des accouchements à terme sont survenus après des ovariectomies bilatérales pratiquées au début de la grossesse ainsi que l'ont montré MM. Couvelaire et Grosse à propos de deux cas opérés l'un à la 7^e semaine, l'autre au 2^e mois.

Quoiqu'il en soit, suivant l'époque où l'on est inter-

venu, Puech et Vanverts donnent les proportions suivantes d'avortements :

1° en cas d'ovariotomie unilatérale :

11,5 0/0 les 3 premiers mois.

3 0/0 le 4^e mois.

2° en cas d'ovariotomie bilatérale :

25 0/0 les 2 premiers mois,

11 0/0 le 3^e mois,

12 0/0 le 4^e mois.

Enfin, au 7^e Congrès français d'Obstétrique et de Pédiatrie, en 1913, il est reconnu que l'interruption de la grossesse suit l'ovariotomie abdominale dans :

10 0/0 des cas dans les 4 premiers mois de la grossesse,

35 0/0 des cas dans les 4 derniers mois.

et qu'au début du travail l'opération donne une mortalité fœtale de 9 0/0 environ.

D'où les deux conclusions suivantes adoptées :

1° L'ovariotomie doit être pratiquée le plus tôt possible, au cours de la première moitié de la grossesse.

2° La vie du fœtus est beaucoup plus menacée par l'opération au cours de la seconde moitié de la grossesse que pendant le travail ; c'est donc au début de celui-ci qu'il faut intervenir.

c) Fibrome.

A l'inverse du kyste de l'ovaire, dont la simple trouvaille constitue une indication opératoire suffisante

qui ne se discute plus pendant la première moitié de la gravidité, on se montre beaucoup plus réservé lorsque l'examen d'une femme venue consulter au cours d'une grossesse qu'elle croit normale, révèle la présence d'un fibrome. Il est facile d'en concevoir la raison si l'on songe à la bénignité des fibromes gravidiques, à la régression particulière qu'il subissent après la grossesse et qui fait que les accidents constatés pendant la gestation sont passagers et disparaissent avec elle.

M. Pinard, dans une statistique portant sur 6 ans à la clinique Baudelocque, indique l'évolution de 84 cas de grossesse avec fibrome :

66 fois, accouchement à terme,
13 fois, accouchement prématuré,
5 fois, avortement.

Cela justifie l'opinion de Lepage, qui écrivait : « C'est très rarement que la vie de la femme est menacée du fait des fibromes utérins pendant la grossesse et que les complications qui surviennent du fait d'un utérus fibromateux gravide, soient suffisantes pour légitimer une intervention radicale au cours de la grossesse ».

Cependant, bien que dans la majorité des cas, on puisse et doive attendre le terme, il arrive que certaines malades se plaignent de symptômes douloureux ou hémorragiques ou bien encore consultent à

l'occasion d'un accident devant lequel tout le monde se trouve d'accord pour intervenir. Et nous ne faisons pas allusion ici aux fibromes qui saignent abondamment, qui suppurent, qui se développent avec une extrême rapidité et qui presque toujours sont justiciables d'une hystérectomie.

Mais ne nous occupant que des cas moins graves où la myomectomie autorise l'espoir de sauvegarder à la fois la vie de la mère et celle du fœtus, résumons ici les complications qui, pour tous les auteurs, vont constituer des indications opératoires presque formelles.

Ce sont :

1° Les Douleurs. Supportables le plus souvent, elles revêtent parfois un caractère d'extrême acuité. Le repos, le lit, un régime convenable, les améliorent beaucoup, d'autant que lorsque le fibrome se ramollit, s'étale, les douleurs diminuent peu à peu et tendent à disparaître. Mais parfois aussi, en dépit de ce traitement médical, malgré le repos au lit prolongé, la glace en permanence sur le ventre, les douleurs persistent avec la même intensité, deviennent continues, s'accompagnent d'un fléchissement de l'état général et rendent par suite l'intervention nécessaire.

L'indication opératoire est d'autant plus impérieuse que ces douleurs s'accompagnent d'une irritation péritonéale manifeste.

Et lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte qui présente l'habituel tableau de péritonite :

nausées, vomissements, ballonnement du ventre, défense de la paroi, température élevée et pouls rapide, personne ne songe à discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale urgente.

2° De cette réaction péritonéale intense, il faut rapprocher les poussées de péritonite que l'on voit survenir au cours de l'augmentation de volume de certains fibromes sous-péritonéaux pédiculés. Là encore on peut essayer de temporiser, mais si l'on peut suivre l'évolution de cette tumeur et qu'au cours d'examens ultérieurs, on la voit s'accroître sans cesse, il est bon de l'extirper.

3° Nous n'insisterons pas non plus sur la nécessité d'opérer un fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu.

4° Les troubles de compression commandent parfois aussi l'intervention. Il s'agit en général de fibromes sous-séreux dont l'accroissement de volume dans le petit bassin est une source de gêne pour les organes qui s'y trouvent contenus: viscères, vaisseaux et plexus nerveux. A vrai dire, les observations de myomectomies pratiquées à l'occasion de troubles de compression sont rares. Et comme d'autre part la grossesse peut déplacer les fibromes de haut en bas, soit par suite de contractions utérines, soit du fait du développement du segment inférieur de l'utérus, là encore il faudra savoir temporiser et n'intervenir que si des accidents menaçants surviennent: rétention uri-

naire persistante ou bien obstruction intestinale avec coprémie.

5° Le siège de certains fibromes est aussi une indication opératoire. C'est ainsi que les fibromes implantés sur la paroi antérieure de l'utérus, surtout s'ils sont volumineux, refoulent l'utérus en rétroversion dans le petit bassin, l'empêchent de se développer et sont à bref délai une cause certaine d'avortement.

De même il est préférable d'intervenir au début de la grossesse si l'on se trouve en présence d'un fibrome inclus dans le ligament large.

Enfin, deux autres variétés de myomes doivent être extirpées: le fibrome pédiculé du col et surtout le polype, né aux dépens de la muqueuse utérine, qui, grâce à l'allongement progressif de son pédicule, franchit le col utérin et repose dans le vagin.

Cette deuxième variété s'accompagne souvent de métrorragie, d'une leucorrhée abondante et fétide, plus marquée encore lorsque le polype s'ulcère et se sphacèle. Source d'infection pour l'œuf, il importe de procéder à son ablation sitôt le diagnostic posé.

En résumé, si l'on met à part les fibromes inclus du ligament large et les fibromes pédiculés du col extra ou intra-utérins, où l'indication opératoire ne se pose qu'en prévision d'accidents susceptibles d'apparaître à une époque où l'on sera dans de moins

bonnes conditions pour opérer, on voit somme toute que dans tous les autres cas, l'intervention chirurgicale est une véritable nécessité.

Les statistiques des myomectomies pratiquées dans de pareilles conditions sont d'ailleurs encourageantes tant pour la mère que pour l'enfant.

	N. DE CAS	AVORTEMENT	DÉCÈS
Troell (1910)	157	23,9 %	3,9 %
Piquand Lemeland	18	22,2 %	
Jamain (1900-1913)	32	6,2 %	
Mayo (1920)	13	15,1 %	
Olshausen (1921)		13 %	3,5 %
Clinique Tarnier (1924)	17	12,3 %	12,3 %

Suivant Delagenière, les résultats opératoires sont d'autant meilleurs que l'on se trouve en présence d'un fibrome sous-péritonéal dont le pédicule siège sur le fond de l'utérus.

L'énucléation de tumeurs sessiles largement implantées, fait courir les plus grands risques d'avortement.

Quant aux tumeurs du ligament large, leur pronostic dépend de l'âge de la grossesse. L'opération sera facile, si la myomectomie est pratiquée aux premiers mois de la grossesse; elle sera beaucoup plus grave, plus pénible et fera courir davantage de risques au fœtus si l'on est obligé d'intervenir au 6^e ou 7^e mois de la grossesse.

M. Chifoliau est partisan d'une myomectomie pratiquée « dans la seconde moitié de la grossesse, l'œuf étant enraciné de façon plus profonde dans l'utérus, pas trop près du terme cependant, par crainte de déchirure de la cicatrice et de rupture utérine ».

« Plus la tumeur est pédiculée, écrit Balfour Marshall, plus le pronostic est favorable. Je ne pense pas qu'il en soit de même des fibromes interstitiels. L'opération peut entraîner l'ouverture de la cavité utérine, provoquer une hémorragie assez abondante, nécessiter même par suite de ces complications une hystérectomie. On ne peut jamais à l'avance dire si l'opération consistera en une myomectomie ou en une hystérectomie. Aussi, quand on pratique une myomectomie, il faut toujours demander au préalable l'autorisation d'enlever l'utérus si les circonstances l'exigent. »

« C'est pourquoi, malgré les nombreux succès opératoires relatés depuis 1920, la possibilité de cette éventualité doit engager à ne pas intervenir de parti pris sous prétexte d'entreprendre une opération de sécurité.

Si bénigne que soit une myomectomie, on ne sait jamais si elle ne mènera pas à une hystérectomie totale ou seulement à l'interruption prématurée de la gestation et ceci peut avoir une grosse importance, car ainsi que l'indique M. Hamant, « ce peut être l'effondrement des espérances d'une catégorie de

femmes peu fécondes, pour lesquelles l'existence de l'enfant a une valeur très spéciale et ne doit pas être jouée sur le coup de dé de la myomectomie ».

Cette question des indications du traitement chirurgical au cours des fibromes gravidiques, vient d'ailleurs d'être récemment discutée au dernier Congrès de Chirurgie et nous ne pouvons mieux faire en terminant que d'en reproduire ici les conclusions :

1° Les fibromes pendant la grossesse ne doivent être opérés que si des accidents sérieux menacent la vie de la mère ou si la situation du fibrome fait prévoir qu'il sera à peu près certainement un obstacle à l'accouchement (crainte de dystocie, fibrome prævia, compression mécanique, dégénérescence).

2° La myomectomie est l'opération de choix toutes les fois qu'elle est possible et ce sont les cas les plus fréquents.

3° C'est uniquement des contre-indications de la myomectomie que naissent les indications de l'hystérectomie.

4° Lorsque le fœtus est arrivé à la période de viabilité, l'opération quelle qu'elle soit doit être précédée de la Césarienne ».

d) Salpingite.

Dans un travail basé sur 12 observations personnelles et 83 cas recueillis dans la littérature, M. Brindeau, en 1917, montre que les lésions annexielles

antérieures à la fécondation, n'empêchent pas toujours la grossesse, mais prédisposent à un certain nombre d'accidents parfois très graves, surtout lorsqu'ils surviennent après l'avortement.

Et publiant sa statistique, il donne comme résultats :

86 0/0 de guérison chez les opérées ;

38 0/0 de guérison chez les non-opérées.

Récemment, dans une thèse de l'un de ses élèves, on trouve les chiffres suivants :

1° On n'est pas intervenu pendant la grossesse, 8 cas.

7 F. C. 5 morts

2 guérisons.

1 accouchement à terme.

2° On est intervenu pendant la grossesse, 5 cas.

3 F. C. 3 guérisons

2 accouchements à terme,

2 guérisons.

On voit donc que les résultats sont franchement mauvais dans les cas où l'on s'abstient d'intervenir.

Cette gravité des annexites pendant la grossesse est bien connue des auteurs Allemands.

Wertheim déclare qu'il faut surveiller attentivement la grossesse, car lorsque l'utérus augmente de volume, il peut être la cause d'une rupture de pyosalpinx et c'est la raison qui fait que l'on doit toujours opérer une salpingite, sitôt le diagnostic posé et extirper

toute la masse salpingienne, même si l'on ramène l'avortement.

Richter, de Dresde, est aussi d'avis de toujours opérer une femme atteinte de salpingite pendant sa grossesse. Il reconnaît que dans la littérature allemande, on trouve un certain nombre d'ablations d'annexes sans avortement; toutefois il préconise l'hystérectomie chaque fois qu'elle est possible.

La forte mortalité (49 0/0), que comportent les salpingites au cours de la grossesse, incite donc à les opérer même en l'absence de signes fonctionnels ou généraux graves.

Mais l'indication opératoire devient alors indiscutable, lorsque ces anciennes salpingites guéries se manifestent à l'improviste par de brusques complications.

Celles-ci sont de deux sortes:

Les unes non septiques comprennent les adhérences, les torsions de la trompe, de pronostic satisfaisant après intervention tant pour la mère que pour l'enfant; les autres, septiques, évidemment plus graves: ce sont les poussées inflammatoires, les supurations pelviennes qui nécessitent parfois l'incision sans que pour cela l'avortement survienne, la péritonite généralisée toujours très grave.

Tous ces accidents réclament la même thérapeutique qu'en dehors de la grossesse et l'on doit se rappeler que lorsque l'avortement se produit, il est tou-

jours moins grave dans les cas où l'on a opéré, que dans ceux où l'on n'est pas intervenu.

e) Grossesse extra et intra-utérine.

Ces faits sont exceptionnels. L'ablation du kyste fœtal s'impose.

Winckel signale là ce sujet une observation de marsupialisation de la grossesse extra-utérine avec développement ultérieur de la grosse intra-utérine. Il ajoute, sans en indiquer les lésions, que l'on a pu, dans certains cas, opérer des utérus bicornes et voir se développer la grossesse dans la corne gravide.

Voici d'ailleurs à ce sujet un cas d'utérus didelphe : fibrome d'un côté, grossesse de l'autre, que nous reproduisons ici.

OBSERVATION 66

(Cas de Dambrin-Bernardleig. Gynécologie et obstétrique)
1924, page 292.

P... R..., 27 ans.

Dernières règles: 25 décembre 1921.

Consulte pour douleurs abdominales spontanées s'irradiant dans la région lombaire, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, pertes blanches.

Opération le 10 mars 1922. Ether. A l'ouverture de la paroi, on trouve un utérus gauche fibromateux.

L'utérus droit gravide de trois mois, était repoussé dans le fond de la cavité pelvienne. Chacun des utérus est flanqué d'une seule trompe, d'un seul ovaire. Hystérectomie subtotal de l'utérus gauche.

Suites opératoires parfaites.

Accouchement normal le 3 septembre 1922.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir lorsqu'il s'agit de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale pendant la grossesse

Nous venons de voir dans le chapitre précédent quelles sont, d'après différents auteurs, les principales indications des interventions chirurgicales pendant la grossesse et nous voudrions de cette revue synthétique, tâcher de résumer les données applicables aux besoins journaliers de la pratique.

Or, il faut sérier les cas :

1° *Cas aigus menaçant immédiatement la vie de la mère* (hernie étranglée, occlusion intestinale, kyste de l'ovaire tordu, nécrose du fibrome, appendicite aiguë gangréneuse).

Ici, sans souci de la grossesse, il faut intervenir au plus vite.

Tous les auteurs modernes sont d'accord avec Vallette lorsqu'il disait : « Le chirurgien, en face d'une lésion qui réclame une intervention active ne doit pas hésiter, alors même que la femme se trouve à une

époque plus ou moins avancée de la grossesse ».

Nous n'insistons pas davantage. L'abstention serait impardonnable.

2° Cas où l'affection constatée ne compromet en rien la bonne marche de la grossesse et de l'accouchement.

C'est le cas par exemple des hernies inguinales ou crurales, des fistules vésico ou recto-vaginales, des prolapsus utérins, des calculs de la vessie, des rates ou reins mobiles, des œdèmes du sein.

Certes, on a pu bien souvent pratiquer ces opérations bénignes avec d'heureux résultats; mais on cite cependant quelques avortements; et ceux-ci constituent un véritable revers, une faute, déclenchés par une intervention que l'on aurait pu sans inconvénient accomplir tout à loisir après l'accouchement.

Aussi doit-on dans ces cas se contenter des traitements médicaux, au besoin d'interventions palliatives.

En d'autres termes, pas d'intervention de luxe chez la femme enceinte. La prudence commande de remettre après la délivrance toute affection qui ne trouble en rien la gestation, ni l'accouchement.

3° Cas où l'affection compromet à coup sûr la vie maternelle ou fœtale, mais à échéance plus ou moins éloignée.

Ce sont là les cas les plus intéressants en pratique.

C'est alors que les notions que nous possédons sur la résistance plus ou moins grande présentée par la mère et l'enfant aux divers mois de la grossesse, peuvent nous être d'une certaine utilité. Tantôt il vaudra mieux opérer au début, tantôt il sera préférable d'attendre le dernier mois de la grossesse.

Parmi les opérations extra-génitales, une seule doit retenir notre attention : la nephrectomie pour tuberculose rénale. Elle s'impose en raison du sombre pronostic si l'on n'intervient pas.

D'entre les opérations para-génitales, nous ne parlerons que de l'appendicite.

Il faudra opérer sans hésiter :

- a) si l'on est appelé dans les 36 premières heures ;
- b) si le tableau clinique est grave.

Et ces deux conditions sont d'autant plus impérieuses que l'on se trouve en présence d'une femme dans la seconde moitié de sa grossesse.

L'on pourra s'abstenir d'intervenir :

- a) si la crise est légère ;
- b) si la palpation montre un empâtement circonscrit de la fosse iliaque.

Et encore, dans ce dernier cas, Frankel est d'avis d'opérer immédiatement, car l'avortement ou l'accouchement prématuré risquent de rompre les adhérences et de généraliser l'infection à la grande cavité péritonéale.

En tout cas, les lésions refroidies, l'indication opératoire s'impose.

Il nous reste à envisager les indications des interventions sur les organes génitaux :

A. Kyste de l'ovaire.

La question est jugée.

Si l'on voit la malade dans les 6 premiers mois de la grossesse, il faut intervenir, même en l'absence de toute complication et l'on se rappellera que c'est au 4^e mois que l'on a le plus de chances d'opérer la mère sans risque pour le fœtus.

Passé le 7^e mois, il est préférable d'attendre le voisinage du terme. En effet, le volume de l'utérus, surdistendu par le liquide amniotique, rend le kyste difficile à énucléer. Aussi la plupart des accoucheurs préfèrent attendre soit le terme présumé de la gestation, soit le début du travail et se contentent de placer en surveillance leur malade à l'hôpital, afin de parer à toute éventualité au cas où surviendrait quelque accident.

B. Fibrome.

La règle est de n'intervenir qu'en présence d'accidents.

Suivant la situation du fibrome et l'âge de la grossesse, envisageons cependant les cas où l'on peut oser une opération prophylactique.

a) *Fibromes du col :*

1^o Fibrome interstitiel du col.

Il faut attendre le terme, surtout si la tumeur est volumineuse.

2° Polype.

Il faut l'enlever immédiatement, car il expose à la nécrose, à l'infection et prend un développement exagéré à la fin de la grossesse.

b) *Fibrome pelvien.*

1° Femme enceinte de 6 à 7 mois.

Pas d'hésitation, on attend le terme.

2° Femme enceinte de 6 à 8 semaines.

Si la malade se plaint de petites douleurs, si le fibrome paraît adhérent, il est préférable d'intervenir avant que les accidents graves fassent leur apparition, d'autant que l'enfant a bien des chances de succomber.

c) *Fibrome abdominal.*

Là encore, il sera prudent d'intervenir si au début de la grossesse l'on se trouve en présence d'un fibrome volumineux, en l'absence même de toute autre complication.

C. Salpingite.

Ici, l'indication opératoire varie suivant les lésions.

Si l'on se trouve en présence de lésions de salpingite ancienne sans température, mais seulement douloureuses en raison des adhérences qui tiraillent l'utérus, on peut se contenter d'un traitement médical. Toutefois, même dans ce cas, M. Brindeau croit qu'il vaut mieux intervenir.

S'il s'agit d'une véritable crise aiguë de salpingite, il semble préférable de refroidir les lésions, à condition toutefois que l'état local et général de la malade le permettent et qu'il soit possible d'intervenir au premier symptôme fâcheux. Mais dès que les lésions sont refroidies, l'ablation de la trompe malade s'impose si l'on songe à la possibilité d'accidents plus graves qui peuvent à chaque instant survenir.

S'il s'agit d'une suppuration pelvienne, son siège guidera le bistouri: incision de la paroi si collection dans la fosse iliaque ; colpotomie, si collection dans le Douglas.

Enfin, la péritonite généralisée comporte la même indication opératoire qu'en dehors de la grossesse.

Telles sont les principales indications qui doivent servir de norme lorsqu'il s'agit de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Non seulement l'âge de la grossesse doit entrer en ligne de compte, mais encore la nature des lésions, la connaissance exacte des accidents qu'elles déterminent, si l'on n'intervient pas.

Mais s'il est nécessaire de connaître les idées directrices, qui guident dans la pratique journalière, il faut aussi savoir les adapter aux cas particuliers: pour n'en citer qu'un exemple tiré de la condition sociale de la malade, il est bien certain que l'on propose plus aisément une opération prophylactique

chez une multipare que chez une primipare âgée, désireuse à tout prix d'avoir un enfant.

C'est ainsi que chaque cas particulier doit être discuté avec soin et non pas enfermé dans les cadres d'une règle absolue. Entre les abstentionnistes systématiques et les interventionnistes téméraires, les éclectiques nous montrent par leur sage opportunisme qu'en dernière analyse, c'est toujours le bon sens clinique auquel nous devons faire largement appel.

CONCLUSION

1° Les indications des interventions chirurgicales ne doivent plus, comme autrefois, être influencées par ce fait que la femme enceinte est dans un état de moindre résistance. Les opérations pratiquées pendant la grossesse réussissent aussi bien que dans l'état de vacuité.

2° D'une façon générale, toute intervention chirurgicale éloignée de la zone génitale n'exerce aucune influence sur l'évolution de la gestation. L'accouchement prématuré, l'avortement sont d'autant plus à craindre que l'on opère dans une région voisine de l'utérus.

Hormis les cas aigus où l'on doit opérer d'urgence, les cas chroniques où l'on doit différer l'intervention jusqu'après l'accouchement, parce que l'affection en cause ne compromet ni la vie de la mère, ni celle de l'enfant, il paraît convenable d'opérer, sitôt le diagnostic posé, non seulement les kystes de l'ovaire, ce qui est admis pour tout le monde, mais encore les appendicites et les salpingites, ce qui est plus discuté.

En cas de fibrome gravidique, il est préférable de s'abstenir de toute intervention prophylactique.

3° Dans toute laparatomie portant sur les organes génitaux, l'incision verticale est supérieure à l'incision transversale, parce qu'elle seule permet une brèche suffisante pour intervenir sur l'utérus avec douceur.

4° Avant comme après toute intervention, il est nécessaire de donner des doses de 3 et 4 centigrammes de morphine pour diminuer les contractions utérines consécutives.

5° Le pronostic pour l'enfant est favorable si la grossesse suit son cours.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

Vu: le président de la thèse,
BRINDEAU.

Vu: le Doyen,
ROGER

BIBLIOGRAPHIE

HISTORIQUE

- Bar, Brindeau, Chambrelent.* — Pratique de l'art des accouchements.
- Brindeau.* — Interventions abdominales pendant la grossesse. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1919).
- Balard et Janneney.* — Surveillance de l'anesthésie et de l'acte opératoire en Gynécologie et Obstétrique, par le contrôle de l'Oscillométrie. (*Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, 10 novembre 1923).
- Brault et Barbedor.* — Le Protoxyde d'azote en Obstétrique. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie*, année 1922).
- Cohnstein.* — Opérations chirurgicales chez la femme enceinte. (*In Sammlung Klinischer Vortraege de Rich. Volkmann*, n° 59). Leipzig, 1873.
- Cornillon.* — Sur les accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral. Thèse, Paris, 1872.
- Demelin et Devraigne.* — Manuel de l'accoucheur.
- J.-L. Faure et Siredey.* — Traité de Gynécologie.
- Favreau.* — Opérations chirurgicales chez la femme enceinte. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 novembre 1923).
- Guéniot.* — Grossesse et traumatisme. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1876).
- Hugo Hellendall.* — Opérations abdominales au cours de la gestation. (*Medizinische Klinik*, Berlin, Tome XVII, n° 32, août 1921, p. 962).

- Jcannin.* — Précis d'Obstétrique. — Thérapeutique Obstétricale.
- Massot.* De l'influence des traumatismes sur la grossesse. (Thèse, Paris, 1873).
- Meissner.* — Opérations sur les femmes enceintes. (*Arch für Gynaekologie*, de Crédé et Spiegelberg, 5^e vol., Berlin 1873, p. 160).
- Petit.* — Sur la grossesse dans ses rapports avec le traumatisme. Thèse, Paris, 1870.
- Ribemont-Dessaigne et Lepage.* — Traité d'Obstétrique.
- Rouffart.* — De la valeur des différentes incisions dans les laparatomies en Gynécologie. (*Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, octobre 1919).
- Valette.* — Sur la grossesse considérée comme contre-indication des grandes opérations. (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Paris, 1875, p. 674).
- Verneuil.* — De l'influence réciproque de la grossesse et du traumatisme. (Congrès de Genève, 1877).
- F. von Winckel.* — Handbuch der Geburtshülfe. Zweiter Band, II Teil, p. 1405.

Appendicite

- Brindeau.* — L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Journal des praticiens*, 21 mai 1910).
- Hoffmann.* — De la question de l'appendicite dans la gestation. (*Arch. für Gynaekologie*, année 1920, p. 230).
- Norborne Page Corke et J.-M. Masson.* — Traitement de l'appendicite aiguë se développant dans les derniers mois de la grossesse. (*Journal of American Med. Ass.*, 1920, page).
- Pénard.* — L'appendicite chez la femme enceinte. Thèse, Paris, 1911-1912.
- Pérès.* — Le traitement médical de l'appendicite. Thèse de Toulouse, 1900-1901.
- Pinard.* — Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse. (*Ann. de Gyn.*, 1900).

Ovariectomie

- Bernard.* — Kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la gestation, l'accouchement, les suites de couches. Thèse de Paris, 1919-1920.
- Brindeau.* — Kystes de l'ovaire et grossesse. (*Journal des Praticiens*, juillet 1911).
- Fehling.* — Zür Ovariectomie in der Schwangerschaft. (*Münch., med. Woch.*, 1904, page 389).
- Graefe.* — Zur Frage der Ovariectomie in der Schwangerschaft. (*Munch., medizinische, Wochenschrift*, 1902, page 43).
- Lévy* (Mlle). — Kystes bilatéraux des ovaires. Thèse Paris, 1921.
- Orgler.* — Zur Prognose und Indikation der Ovariectomie während der Schwangerschaft. (*Arch. f. Gyn.*, année 1902).
- Pinard.* — Société d'Obstétrique et de Gynécologie, mars-mai 1900.
- Puech et Vanverts.* — Statistique des résultats opératoires de 52 cas d'ovariectomie bilatérale. (Congrès Français d'Obstétrique et de Gynécologie de 1913).
- Szymanowicz.* — Kyste de l'ovaire et gestation. (*Gynécologie et Obstétrique*, année 1922).
- Tarnowski.* — L'ovariectomie pendant la grossesse. Leipzig, 1901.

Myomectomie

- Baudot.* — Indications opératoires dans les cas de fibromes de l'utérus compliqués de grossesse. Thèse Nancy, 1924.
- Brindeau.* — Les fibromes compliqués de grossesse. (*Presse Médicale*, avril 1923, p. 385).
- Burty.* — Contribution à l'Etude du Fibrome gravidique. Thèse Paris, 1907.
- Couvellaire.* — Myomectomie pendant la grossesse. (*Ann de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910).
- Chifoliau et Benoiste-Pilloire.* — Contribution à l'étude du traitement des fibromes au cours de la grossesse. (*Progrès Médical*, 1922).

- Delagenière.* — Congrès de Gynécologie de Nantes, 1901.
- Fontaine.* — De la myomectomie au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1913.
- Gonin.* — Contribution à l'étude de la myomectomie. Thèse de Lyon, 1913.
- Grosse.* — Indications de l'intervention des fibromes gravidiques au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1902.
- Hamant.* — Fibrome et gestation. *Obst. et Gynécologie*, 1923.
- Jamain.* — Fibromes utérins et puerpéralité. Thèse, Paris 1907.
- Leroux.* — Contribution à l'étude de la Mérobiose des Fibro-Myomes de l'utérus durant la grossesse. Thèse de Paris, 1923.
- Marshall.* — Fibromes compliquant la grossesse. (*Glasgow Medical Journal*, 2 février 1922).
- W.-J. Mayo.* — Conservation of The Menstruel Function (*The Journal of the Amer. Med. Assoc.* 19 juin 1920, page 1685).
- Piquard-Lemeland.* — *Revue de Gynécologie*, 1906.
- Turner.* — Fibromes et puerpéralité. Thèse de Paris, 1900.
- Vieil.* — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques. Thèse de Paris, 1920.

Salpingectomie

- Baudet.* — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur les salpingo-ovarites. — Thèse de Paris, 1921.
- Brindeau.* — Salpingo-ovarites compliquant la grossesse. (*Arch. mensuelles de Gyn. et d'Obst.* Janvier-février-mars 1917).
- Delbet.* — Suppurations pelviennes chez la femme. — Thèse Paris, 1891.
- Limouzin-Lamothe.* — Accidents septiques des salpingo-ovarites au cours de la gestation. Thèse de Paris, 1924.

Richter. — Salpingite et Grossesse (*in Zentral Blatt* 1923, p. 395).

Vaudescal. — Leçon inédite à la Clinique Tarnier, 1924.

Opérations diverses

Barsalou. — Splenectomie et gestation. Th. Paris, 1922.

Favreau. — Gestation et Nephrectomie (*Presse Médicale*, 14 février 1923).

Garasse. — De la grossesse et de l'accouchement après l'hysteropexie. Thèse de Paris, 1909-1910.

Hartmann. — Néphrectomie au cours de la grossesse. (*Ann. de Gyn.*, 1910).

Lardennois. — Occlusion intestinale et puerpéralité. (Leçon de la clinique Baudelocque, 1923).

De Rycker. — Hernies pendant la grossesse. Thèse Lille 1899-1901).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — Historique	12
CHAPITRE II. — Statistique de la Clinique Tarnier.	19
CHAPITRE III. — Revue générale des Indications des interventions chirurgicales pendant la gros- sesse	53
Opérations Extra-génitales	54
Opérations Para-génitales.....	63
Opérations Génitales.....	69
CHAPITRE IV. — Conduite à tenir lorsqu'il s'agit de discuter l'opportunité d'une intervention chirurgicale	88
CONCLUSIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	97

